This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

SOCIÉTÉ LITTÉRAIRE.
E.H.B.
M. 79.
RENNES.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

REVUE
DE THÉRAPEUTIQUE
MÉDICO-CHIRURGICALE

ACCOMPAGNÉE DE NOMBREUSES GRAVURES SUR BOIS INTERCALÉES DANS LE TEXTE,

PUBLIÉE PAR

LE Dr MARTIN-LAUZER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE A L'HÔTEL-DIEU DE PARIS,
LAURÉAT DE CETTE MÊME FACULTÉ,
MÉDECIN AUX EAUX DE LUXEUIL (HAUTE-SAÔNE), ETC. ETC.

1875

PARIS
RUE DE GRENELLE-SAINT-GERMAIN, N° 39.
—
1875

BOSTON MEDICAL
MAY 14 1909

N° 1. — 7 JANVIER 1875.

I. CLINIQUE.— MÉMOIRES.— OBSERVATIONS.

CHRONIQUE DE LA QUINZAINE

Mœurs médicales anglaises. — Procès intenté à un médecin français pour vivisections pratiquées en Angleterre. —Varioleux condamné à des dommages - intérêts pour avoir communiqué son mal.

Après la tempête, le calme plat. Le concours pour l'agrégation se poursuit paisiblement dans le grand amphithéâtre de la Faculté. L'attention de la jeune presse médicale est tournée du côté de Versailles où se débat la grande question de la liberté de l'enseignement que chacun, bien entendu, voudrait pour soi à l'exclusion des autres. Comme nous n'avons pas voix, même consultative au chapitre, nous renvoyons nos lecteurs aux journaux politiques.

* *
*

A l'Académie de médecine on se sent respirer plus à l'aise depuis que les terribles conclusions du rapport de M. Chauffard sur la révision du règlement ont été renvoyées à la Commission. Les académies sont femmes et souvent varient. Lorsque l'Académie nomma une commission pour réviser son règlement, l'intention des promoteurs du projet de diminuer le nombre des académiciens n'était un mystère pour personne. On nomma cependant une commission favorable aux nouvelles idées. Aujourd'hui ce n'est pas davantage un mystère que l'Académie en renvoyant le projet à ses auteurs leur a insinué qu'elle ne se laisserait pas démembrer. Le projet de révision se trouve par cela même décapité. S'il est aujourd'hui des gens heureux ce sont les candidats aux places vacantes et les académiciens qui leur tendent la main.

* *
*

Si les Anglais venaient un jour à être nos vainqueurs, il est probable qu'à l'imitation d'Agathocle, qui en dictant la paix aux Carthaginois leur interdit les sacrifices humains, ils nous interdiraient ces sacrifices d'animaux qui portent le nom de vivisections. Il y a quelques années, à l'occasion de la connaissance que l'on eut qu'il se faisait à Alfort jusqu'à quatre-vingts opérations sur un seul cheval vivant, il vint à Paris une députation anglaise qui s'adressa à l'Empereur pour réclamer son intervention contre ces pratiques. Ces démarches n'eurent pas grand succès et les hécatombes se continuèrent en France comme auparavant.

Mais un honorable médecin de l'asile Sainte-Anne s'étant avisé d'aller vivisectionner des chiens sur le sol sacré de la sensible Albion, nos voisins ont pris leur revanche et lui ont fait un procès dont

nous empruntons la relation abrégée à l'*Union médicale*.

« Le samedi, 21 septembre 1872, à la quatrième séance du Congrès médical de Lyon, un de nos savants et honorables confrères, M. le docteur Magnan, de l'asile Sainte-Anne, répéta publiquement, en présence de tous les membres du Congrès, les expériences qu'il avait instituées pour démontrer l'action spéciale de l'alcool et de l'absinthe introduits dans l'économie vivante. Dans la veine crurale de deux chiens convenablement maintenus sur des planches, il injecta, chez l'un, 200 grammes d'alcool, chez l'autre, 20 centigrammes d'essence d'absinthe. Le premier tomba rapidement dans un état de torpeur et de résolution absolues, avec insensibilité presque complète; l'autre fut pris d'accès épileptiformes violents. Ces expériences, qui ont produit un grand effet sur les assistants, étaient extrêmement intéressantes, parce qu'elles jetaient une vive lumière sur la pathologie de l'alcoolisme. Elles sont connues maintenant de tout le monde en France.

» Or, dernièrement, dans le mois d'août, la *British medical Association* devant tenir une assemblée générale à Norwich, M. le docteur Magnan eut l'idée de se rendre dans cette ville, et de faire connaître ses expériences à nos confrères d'outre-Manche. Voilà le crime.

» Le 13 août, tout était disposé dans une salle choisie pour cette exhibition, l'assistance était nombreuse, les chiens étaient attachés sur des planches et préparés pour l'opération, lorsque le docteur T..., président du Collége royal des chirurgiens de D..., pénétra dans la salle avec un de ses amis ; et, s'écriant que les expériences projetées étaient une cruauté inutile, il se dirigea vers la table sur laquelle on avait placé les chiens, coupa leurs liens et leur rendit la liberté. Alors, il se fit dans l'assemblée un grand tumulte. Ce fut une véritable mêlée ; les journaux de médecine anglais ont employé ce mot français, *mêlée*.

» Cependant, la majorité des assistants, qui voulait la continuation des expériences, finit par avoir le dessus, les chiens furent repris, et les expériences eurent lieu. Ainsi qu'à Lyon, elles furent accueillies comme une démonstration scientifique et comme un enseignement salutaire.

» Mais tout n'était pas fini. Il y a en Angleterre, comme en France, une *Société protectrice des animaux*. Cette Société est intervenue. Elle a assigné devant les tribunaux anglais notre compatriote, M. le docteur Magnan, et plusieurs médecins anglais qu'elle a considérés comme ayant secondé et facilité les expériences; et elle a fait peser sur eux l'accusation de cruauté envers les animaux, délit que la loi anglaise punit d'une amende de 5 livres sterling (125 francs).

» Le jour du procès, il y avait foule dans le prétoire; c'était un public d'élite, appartenant aux rangs élevés de la société; les médecins y étaient en grand nombre. Les Anglais ne traitent aucun sujet légèrement. Les débats, qui ont duré fort longtemps, ont été conduits comme s'il se fût agi d'une affaire de la plus grande importance. Une multitude de témoins ont été entendus pour et contre. Il serait trop long et très-inutile de suivre ici les détails des plaidoiries, les dépositions des témoins, les explications théoriques, les considérations tantôt sentimentales, tantôt plaisantes. Ce dut être un curieux spectacle. Je me bornerai à cet échantillon : Un des principaux accusateurs, le docteur T..., président du Collége royal des chirurgiens de D..., s'élevant avec force contre la cruauté des expériences incriminées, déclarait qu'il était chasseur tout aussi bien que chirurgien, et qu'il ne permettrait jamais qu'on fît souffrir un chien devant lui. Un de nos illustres confrères, sir James Paget, lui répondit : Les chasseurs sont bien plus cruels que le docteur Magnan, eux qui, sans nécessité, pour leur seul plaisir, blessent, mutilent, massacrent des quantités innombrables de pauvres oiseaux et de bien d'autres bêtes inoffensives !

» Du reste, les témoins à décharge dirent avec raison que la *Société protectrice des animaux*, au lieu de chercher à entraver des expériences scientifiques uti-

les, ferait bien mieux de protéger les bestiaux destinés à l'alimentation contre les coups et les tortures dont ils étaient victimes sur le marché même de Norwich ; que beaucoup de médecins, en Angleterre, avant l'exhibition des expériences de M. Magnan, ne savaient pas que l'usage de l'absinthe pouvait déterminer les accidents cérébraux qu'ils avaient vus se produire sous leurs yeux ; que beaucoup de buveurs d'absinthe, à une époque où les débitants de liqueurs fortes travaillent à propager l'usage de cette boisson dangereuse, effrayés par le spectacle de ces accidents, pouvaient par là être amenés à renoncer à leurs funestes habitudes.

» Les magistrats anglais n'ont pas été convaincus par ces bonnes raisons. Ils ont, il est vrai, renvoyé les prévenus anglais de la plainte, mais uniquement parce qu'on n'a pas pu démontrer qu'ils eussent participé personnellement au délit, et en déclarant que la poursuite était fondée. Quant à notre compatriote, considéré comme le seul coupable, j'aime à croire qu'il n'a pas attendu à Norwich que, pour le remercier de son enseignement si utile à l'humanité, on le forçât à laisser entre les mains du fisc anglais la somme de 125 francs. Pourvu, toutefois, que la *Société protectrice* ne pousse pas le zèle jusqu'à demander l'extradition de notre confrère !

» La *Société protectrice des animaux* de France n'a pas fait la faute ridicule que sa sœur d'Angleterre vient de commettre. Elle ne s'est ni préoccupée, ni scandalisée des expériences de M. Magnan. Elle a plus de sang-froid, plus de bon sens, une intelligence plus élevée et plus réelle des choses de ce monde. Je me rappelle les débuts de cette Société, que je considère, je m'empresse de le dire, comme une institution éminemment utile au double point de vue de l'hygiène et de la moralisation des classes inférieures de la société. Elle aussi aurait pu être entraînée, à sa naissance, dans une voie de sensiblerie et de puérilités qui, en France, aurait causé promptement sa mort. Déjà, dans ses premières séances, des dames fort respectables venaient gémir sur les souffrances imposées à leurs chats, à leurs petits chiens. Heureusement elle est restée sérieuse et pratique.

» Nous venons de voir que les membres de la *Société protectrice des animaux*, en Angleterre, s'est émue des expériences faites sur des chiens par un physiologiste français. Eh bien, comment, dans le même pays, a-t-on accueilli le récit d'expériences analogues odieusement accomplies sur un être humain ? Il s'est trouvé en Amérique un médecin qui, ayant dans son service une femme atteinte d'une perforation morbide du crâne au travers de laquelle on pouvait suivre les mouvements de la masse cérébrale, a eu l'abominable idée de s'en servir pour étudier expérimentalement les fonctions du cerveau. Il n'a pas craint d'enfoncer des aiguilles successivement dans les deux hémisphères cérébraux, et d'y faire passer un courant électrique. Des mouvements désordonnés ont été produits dans les muscles du cou et des membres. Alors, redoublant de cruauté, il a augmenté l'intensité du courant, et la malheureuse femme, après avoir accusé de vives douleurs aux extrémités, a été prise de convulsions. Deux jours après, on la ramenait dans la salle d'opérations! Mais, au moment où l'on allait lui appliquer le courant galvanique, de fortes convulsions épileptiformes survinrent. Le lendemain, elle était plus mal encore. Une paralysie de la sensibilité et du mouvement se déclara. On remarqua en même temps un strabisme convergent et une dilatation extrême de la pupille. Le coma survint, et la malade mourut quelques jours après les expériences!

» Or, le docteur Ferrier, médecin anglais bien connu par ses études sur les fonctions cérébrales, parlant des expériences du physiologiste américain, se borne à dire qu'elles sont l'exacte répétition de celles qu'il a pratiquées sur les singes, les chiens, les lapins; que les résultats obtenus sont les mêmes, et que par conséquent il existe une parfaite analogie entre le cerveau humain et celui du singe, du chien et des autres mammifères. De blâme pour la conduite crimi-

nelle du physiologiste américain, pas un mot.

» En France, nous n'avons pas la sensiblerie des membres de la *Société protectrice des animaux* anglaise ; mais nos sentiments d'humanité ne nous permettent pas de torturer nos semblables, même pour nous instruire. »

***

Un autre caractère des mœurs anglaises, c'est la terreur de ce peuple à l'égard de la variole. Non-seulement la vaccination est obligatoire en ce pays ; mais on y considère la communication, par imprudence, de la variole comme donnant motif à une action judiciaire.

Un pasteur protestant de Marplebrige (Angleterre), était convalescent de la petite vérole. Son médecin lui avait conseillé de prendre un peu d'exercice, mais de ne pas se promener là où se trouveraient d'autres personnes auxquelles pourrait communiquer l'infection. Le pasteur oubliant cette recommandation, donna à déjeuner, après un prêche, à un gentleman, dont la piété l'avait édifié. Ce dernier paya cher l'hospitalité du pasteur ; il gagna la petite vérole dont il n'est pas encore guéri et de plus il la communiqua à sa femme qui en mourut. Le pasteur a été traduit devant les assises du comté et condamné à une livre sterling (25 fr.) de dommages-intérêts envers le gentleman, aux frais du procès et de l'enterrement de la femme.

Convenons toutefois qu'il n'en a pas coûté trop cher à ce pasteur trop hospitalier pour avoir causé la mort de son semblable et que la vie d'une femme anglaise n'y a guère été cotée que le double de celle d'une femme arabe, en une autre circonstance d'homicide par imprudence.

Un officier français ayant tué par mégarde, à la chasse, une femme arabe d'un coup de fusil, le mari réclama un dédommagement. L'officier lui répondit que sa bourse n'était pas assez garnie pour l'heure et demanda du temps pour faire venir de l'argent de France. L'Arabe, croyant qu'il voulait s'esquiver, insista si vivement pour être dédommagé sur l'heure, que l'officier, résolu à se débarasser de ses poursuites en empruntant de l'argent à ses collègues, lui demanda ce qu'il exigeait. — Dix francs, répondit majestueusement l'Arabe.—L'officier, ravi d'en être quitte à si bon marché, donna les dix francs à l'Arabe qui se retira, en apparence non moins ravi.

H. Cotin.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS.

Service de M. le Dr Guéniot.

1° Affections des yeux.

Ophthalmie des nouveau-nés. — *Crayon mitigé* (*nitrate de potasse et nitrate d'argent*). — Cette ophthalmie atteint la majorité de ces enfants sinon presque tous, mais cependant à des degrés variables. La gravité de l'affection et la thérapeutique à employer diffèrent notablement suivant que l'enfant est âgé de quelques jours, de quelques semaines, ou qu'il a dépassé une ou deux années.

Et d'abord comment s'y prendre pour retourner les paupières, car on comprend que le petit être ne se soumet pas volontiers à ce genre d'exploration ? Pour la paupière supérieure le retournement se fait avec facilité ; par le simple abaissement, le cartilage bascule et la face postérieure de ce voile se présente d'elle-même à l'exploration : pour la paupière inférieure la chose est plus difficile par suite du gonflement considérable et parce que le petit malade, en criant, contracte violemment le muscle orbiculaire.

M. Guéniot par l'artifice suivant arrive à ce retournement sans employer, comme chez l'adulte, soit le manche d'un instrument, soit le doigt appliqué sur la face cutanée, tandis que le pouce cherche à relever le bord palpébral ; voici quel est ce moyen : on appuie et on fixe solidement la peau de la paupière supérieure sur le rebord osseux de l'orbite, il suffit alors d'abaisser en masse la paupière inférieure pour voir

à l'instant le cartilage tarse supérieur effectuer son mouvement de bascule et présenter au chirurgien toute sa surface muqueuse.

Dans le traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, ce chirurgien se sert beaucoup plus du *crayon mitigé* (nitrate d'argent et nitrate de potasse associés par parties égales) que des collyres, et voici quel est le raisonnement, basé sur l'expérience clinique, qu'il donne pour justifier cette préférence : presque toujours c'est la *muqueuse palpébrale* qui se trouve la première et la plus gravement atteinte, c'est donc sur elle et non sur le globe oculaire qu'il faut agir : le collyre se répandant sur toutes les surfaces, si on l'emploie faible de peur d'irriter la cornée, il n'agit pas assez énergiquement sur la paupière ; si, par contre, le collyre est plus énergique il est bon pour la paupière, mais dangereux pour l'œil : c'est donc pour ainsi dire tourner dans un cercle vicieux que M. Guéniot évite en portant directement l'agent modificateur, crayon mitigé, sur la partie malade, c'est-à-dire sur les paupières, et nous pouvons dire qu'il en obtient au moins dans la grande majorité des exemples, de grands avantages.

De plus, les lavages qui suivent chaque cautérisation palpébrale sont faits avec de l'eau tiède et non de l'*eau salée* qui n'est peut-être pas, selon lui, aussi inoffensive qu'on veut bien le dire : ces cautérisations sont renouvelées chaque jour tant que la maladie présente un caractère franchement aigu.

Ce chirurgien insiste aussi particulièrement sur la nécessité d'avoir des *crayons* aussi purs que possible, c'est-à-dire dont le mélange a été effectué avec tout le soin désirable : chacun d'eux doit avoir une coloration opaline uniforme et rester bien lisse même après les cautérisations : lorsqu'ils présentent des rugosités ou cristallisations, dues à des dépôts d'argent, ce qui est très-fréquent, ils sont considérés par lui comme imparfaits et capables de produire trop d'irritation sur les surfaces muqueuses qu'ils touchent.

Chez les enfants plus âgés qui sont encore plus indociles et qui frottent sans cesse leurs yeux, ce qui favorise singulièrement l'extension de l'inflammation, le traitement précédent est moins efficace ; car l'ophthalmie ne se trouve pas limitée seulement aux surfaces muqueuses palpébrales, mais s'étend aussi le plus généralement au bulbe oculaire : il emploie alors volontiers, dans ces cas, le *collyre au nitrate d'argent* dont voici les degrés de formules : 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 60 pour 60 gr. d'eau.

Ils se sert aussi du *sulfate de zinc*, 0 gr. 30 et 0 gr. 50, toujours pour 60 gr. d'eau à laquelle il ajoute quelques gouttes de laudanum qui donnent au collyre une couleur permettant de le reconnaître sur-le-champ et empêchant de le confondre avec les autres mélanges.

S'il existe du *chémosis*, il cautérise largement et si ce dernier persiste, il l'excise sur plusieurs points de sa circonférence.

2° Affections de la bouche.

a. Bec-de-lièvre. — *Procédé de Mirault d'Angers.* — M. Guéniot n'opère jamais le bec-de-lièvre compliqué : les jeunes enfants de l'hôpital qui en sont atteints sont du reste presque voués à une mort certaine par inanition, la déglutition étant chez eux par trop imparfaite. — Si la difformité est unilatérale, et simple, il est assez d'avis d'opérer dès les premiers jours : il n'adopte pas tel ou tel procédé à l'exclusion de tous les autres ; il choisit selon les cas : tantôt il pratique le procédé de Mirault d'Angers à un seul petit lambeau à la partie inférieure ; tantôt il conserve les deux petits lambeaux latéraux à l'exemple de Clémot, Malgaigne, Nélaton ou Henry de Nantes (avivement des deux lambeaux en biseau inverse). Les épingles sont retirées au bout de 24 h. et remplacées par une bandelette collodionnée. — Il ne garde les enfants que le moins de temps possible dans le service ; car ils ont besoin d'être alimentés (lait de nourrice) avec un soin tout particulier.

b. Grenouillette. — *Séton trempé dans la teinture d'iode.* — La grenouillette con-

génitale est fort rare, nous n'en connaissons guère que deux ou trois exemples authentiques rapportés dans les auteurs : l'un est mentionné par Stolz (*Gaz. méd.* de Strasbourg, 1833, p. 763) ; l'autre a été observé par M. F. Guyon; c'était un kyste sublingual qui s'était développé par imperforation du conduit de Warton. M. Blachez a considéré comme une grenouillette congénitale une tumeur occupant la région sublinguale et sus-hyoïdienne, qui s'était rompue par le passage de la tête : il s'était écoulé, à sa rupture, beaucoup de sang mélangé à du liquide séreux: la présence du sang (la grenouillette sanguine ou tumeur érectile veineuse observée par M. Dolbeau est un fait acquis à la science) avait cependant laissé quelque doute sur la nature de la tumeur dans l'esprit de plusieurs membres de la Société de chirurgie. Enfin tout récemment M. Guéniot vient d'en observer un nouvel exemple.

Chez les jeunes enfants, l'urgence de l'opération est indiquée; car la tumeur en prenant un volume plus ou moins considérable peut empêcher les petits malades de téter et déterminer chez eux de l'épuisement, ainsi que cette anémie à laquelle ils sont si sujets. La thérapeutique que l'on doit employer, en ce cas, chez les très-jeunes enfants, diffère un peu de celle qui est mise en usage chez l'adulte. L'excision suivie de cautérisation s'accompagne d'un gonflement et d'une suppuration qui peuvent leur être préjudiciables : l'emploi du trocart, l'injection iodée ne sont pas d'un maniement facile et peuvent donner lieu également à des phénomènes inflammatoires internes : aussi M. Guéniot a-t-il adopté le traitement par le *séton* qu'il trempe préalablement dans la teinture d'iode. C'est le professeur Laugier qui, il y a près d'un demi-siècle (Emploi du séton dans la grenouillette, 1829, *Journal hebdomadaire*) a proposé dans cette affection l'emploi d'un petit séton fait d'un cordonnet de soie d'environ une ligne de diamètre dont l'anse est nouée, sous la langue, d'une manière lâche afin de ne pas étreindre les parties comprises. Les deux bouts coupés court sont laissés dans la bouche. M. Marjolin en a fait également l'application un certain nombre de fois. Nous l'avons vu nous-même employer par M. Richet chez une petite fille de 10 ans; mais dans ce cas l'essai n'a pas été tout d'abord suivi de succès, parce que dans un mouvement de mastication le fil tomba au bout de 55 jours.

Ce procédé ne détermine du reste aucune inflammation bien intense; il n'empêche pas les enfants de téter, et, si on ne réussit pas la première fois on répète l'opération, qui n'offre par elle-même aucune difficulté.

3° Affections kystiques.

a. Hydrocèle. — *Temporisation ou simple ponction.* — D'une façon générale M. Guéniot n'opère pas l'hydrocèle de la tunique vaginale chez les très-jeunes enfants: il regarde la communication vagino-péritonéale comme existant fréquemment et par conséquent comme pouvant entraîner de graves accidents lorsqu'on vient en ce cas à faire une injection iodée. L'hydrocèle, selon lui, guérit presque toujours spontanément au bout d'un temps plus ou moins long, et si la résorption ne s'effectue pas, on est toujours à même plus tard de combattre l'affection par la méthode classique. Cependant si la tumeur est double et très-considérable, si la gêne qu'elle apporte aux mouvements du petit malade est trop prononcée, et si par suite du frottement incessant de ce scrotum volumineux sur la face interne des cuisses il se manifeste de l'érythème, il fait une simple ponction et après avoir vidé la poche il ne pratique pas d'injection alcoolique, ou iodée, de peur de voir l'inflammation s'étendre à la cavité péritonéale. Sur un de ces petits opérés que nous avons vu, le liquide qu'il a extrait s'est coagulé complétement en masse comme du blanc d'œuf.

b. Spina-bifida. — *Temporisation.* — *Ponction.*—*Collodion.*—Il s'abstient également d'opérer le spina-bifida. La conduite qu'il tient, en pareil cas, dépend du reste de la composition de la poche et de

la présence dans son intérieur des éléments nerveux. S'il se décide à intervenir il n'a guère confiance dans la *compression*; ce serait plutôt la *ponction* simple du kyste, en déplaçant la peau qui le recouvre, qu'il pratiquerait de préférence; il emploie aussi volontiers les badigeonnages avec le *collodion* soit sans ouverture soit après l'évacuation du liquide.

4° Affections des os et des articulations.

a. Fracture de la cuisse. — *Nouvel appareil en gutta-percha.* — Chez les nouveau-nés il est souvent très-difficile de maintenir les fragments dans une réduction satisfaisante, car ces derniers ont, par suite des mouvements des enfants, une tendance incessante à former un angle; il n'est pas non plus facile d'entretenir l'appareil dans un état de propreté suffisant.

M. Guéniot a imaginé un appareil (*Bull. de thérapeut.*, 1872: Société anatomique et Société de chirurgie, 1873) qui permet de mieux contenir les fragments osseux, d'obtenir une consolidation régulière et rend les soins de propreté aussi aisés que possible. Il se compose de *deux gouttières en gutta-percha* solidement unies l'une à l'autre: *la première*, d'après la description qu'en fait l'inventeur lui-même, est de dimensions proportionnées au volume de l'enfant et destinée à recouvrir les deux tiers antérieurs de la circonférence du tronc, et cela dans une hauteur d'environ dix centimètres à partir des pubis; un trou pratiqué en son milieu reçoit le cordon ombilical dont il est facile de surveiller la chute: *la seconde gouttière*, très-inférieure à la première, quant aux dimensions, lui est unie angulairement au niveau du pli de l'aine; elle est destinée à entourer les deux tiers supérieurs de la cuisse fracturée, mais seulement dans la moitié antéro-externe de sa circonférence. L'angle d'union de deux gouttières est ouvert en avant et n'a d'autre objet que de permettre, dans une certaine mesure, la flexion de la cuisse sur l'abdomen.

Cet appareil qui a son point d'appui sur le ventre, n'offre pas de tendance au déplacement, ne comprime le membre qu'au niveau de l'angle des fragments et laisse à découvert toutes les parties qui peuvent être souillées par les déjections. — M. Guéniot préfère de beaucoup cet appareil à celui que nous avons décrit dans notre répertoire du n° 7, 1874, composé de ouate recouverte d'un large morceau de *store* et qui nous a paru cependant rendre de grands services dans les autres hôpitaux d'enfants.

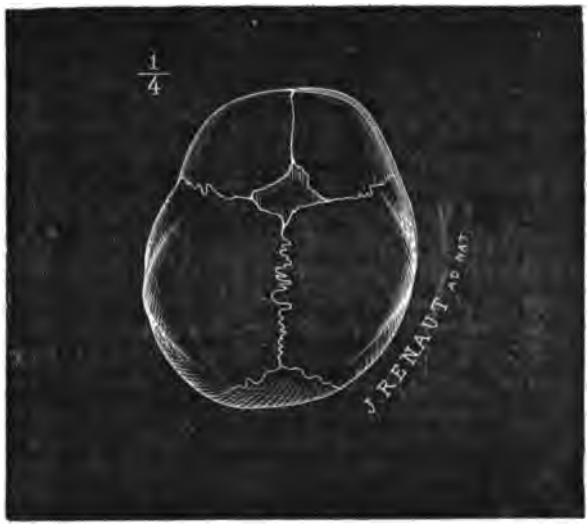
b. Ostéite suppurée. — *Incisions.* — *Injections désinfectantes.* — Très-grave chez les très-jeunes enfants, elle entraîne même la mort dans le plus grand nombre des cas. Le mieux est *d'évacuer le pus* par des incisions, de faire des pansements assez fréquents et des lavages et injections soit alcoolisés, soit légèrement phéniqués. Combattre les phénomènes généraux par une thérapeutique fortifiante, très-souvent mal supportée par les malades, qui sont rapidement pris de fièvre hectique.

c. Coxalgie. — *Immobilisation.* — *Appareil silicaté.* — La coxalgie marche aussi chez les enfants avec une rapidité très-grande; parfois les lésions mettent très-peu de temps à se généraliser et à affecter tout à la fois la synoviale, le tissu osseux et les cartilages (dégénérescence granulo-graisseuse de leurs éléments cellulaires). Immobilisation et application d'un appareil inamovible (silicaté).

d. Déformation spéciale du crane, dite obliquité par propulsion unilatérale. — *Mesures hygiéniques.* — *Décubitus indifférent.* — M. Guéniot a observé et décrit chez certains enfants du premier âge un type particulier et uniforme de déformation assez fréquente du crâne qui affecte dans la majorité des cas le côté droit et qui est due simplement à une cause mécanique, c'est-à-dire *à une pression trop prolongée* (conséquence du décubitus) sur la région occipito-pariétale droite. Voici en quoi consiste cette déformation qui est mise hors de doute aujourd'hui par de nombreuses observations cadavériques et que l'on peut facilement constater sur le vivant en se plaçant derrière l'enfant, en

maintenant la tête du sujet bien droite et en l'examinant d'une façon perpendiculaire. On observe alors : 1° un aplatissement de la région occipito-pariétale droite et au contraire une saillie exagérée de même région du côté gauche ; 2° une exagération du frontal droit et au contraire une diminution (ou au moins la courbure normale) du frontal gauche ; 3° une convexité légère de la région fronto-pariétale droite et un léger angle rentrant ou dépression de la même région au côté gauche. Il en résulte que la boîte crânienne n'est plus symétrique et représente *un ovale oblique par rapport à la face*, comme on le voit dans la figure ci-jointe. Sa face postérieure en effet ne regarde plus directement en arrière comme cela a lieu, à l'état normal, mais d'une façon oblique en arrière et à droite.

D'autre part la région frontale, étant également asymétrique, n'est pas dirigée en avant, mais bien en avant et à gauche; enfin la région antéro-latérale ou fronto-pariétale est un peu plus convexe du côté droit, tandis qu'elle est aplatie et présente même un angle un peu rentrant à gauche. M. Guéniot a eu la bonté de me donner à examiner trois crânes desséchés où cette obliquité par propulsion unilatérale droite



e pouvait certes être mise en doute ; l'un avait appartenu à un enfant de 46 jours, les deux autres à des enfants de 10 mois et de 18 mois chez lesquels plusieurs soudures étaient complètes. J'en ai vu encore un autre qui venait d'être autopsié à l'hôpital et chez lequel cette propulsion portait non-seulement sur la calotte, mais sur la base du crâne : le rocher droit était rejeté sur un plan plus antérieur (d'où asymétrie des oreilles dont la droite est plus en avant) et son diamètre longitudinal avait diminué au profit de l'épaisseur : en un mot l'obliquité était aussi évidente sur la face interne et sur la base que sur la surface extérieure. Enfin nous avons constaté cette déformation sur le vivant chez un certain nombre d'enfants de 5 à 10 ans en examinant leur crâne par derrière et d'aplomb. Parfois, mais beaucoup plus rarement, l'obliquité siége à gauche ; elle est la même ; mais on le comprend, en sens opposé. Cette déformation n'a du reste aucun retentissement sur le cerveau et n'agit pas sur l'intelligence du sujet. Cependant M. Broca a vu dans plusieurs cas une diminution de 2 à 5 gr. dans le poids de l'hémisphère correspondant ; une seule fois elle s'est rencontrée chez un enfant idiot et dans trois autres exemples les sujets étaient hydrocéphales : on comprend que chez ces derniers la disposition dont nous parlons a tendance à se produire pendant un laps de temps plus long, par ce fait que chez eux l'ossification des sutures est toujours retardée.

La *thérapeutique* de cette conformation vicieuse se déduit naturellement de la cause essentiellement mécanique qui lui a donné naissance.

De même qu'une sphère composée de pièces distinctes et par conséquent mobiles peut se déformer si elle séjourne toujours du même côté sur un plan résistant, de même le crâne, chez les enfants nouveau-nés en reposant dans un décubitus qui est sans cesse le même peut devenir le point de départ de cette obliquité unilatérale.

Cette déformation, dit M. Guéniot, siége presque toujours à droite : nous avons en effet été frappé en entrant dans la belle salle qui sert de crèche, dans cet hôpital, de voir tous ces petits êtres alignés les uns à côté des autres en reposant *invariablement* sur le côté droit du crâne.

C'est donc par des *mesures hygiéniques* et des précautions en rapport avec le mode de développement de cette déformation qu'on peut arriver soit à la prévenir, soit à la combattre, si les pièces du crâne sont encore mobiles les unes sur les autres, condition indispensable pour qu'on puisse y porter remède : Voici quelles sont les règles générales auxquelles M. Guéniot conseille de se soumettre.

A. *Traitement prophylactique*. Éviter d'adopter un décubitus exclusif soit à droite soit à gauche : coucher l'enfant tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, c'est-à-dire dans le *décubitus indifférent*.

Disposer le berceau de façon à éviter que l'enfant tourne toujours la tête du côté de la lumière, ce qui est chez lui un mouvement spontané, naturel, instinctif : pour cela placer le lit de manière à ce que les deux yeux reçoivent toujours la même quantité de lumière : tenir l'enfant très-souvent dans les bras et reposant soit du côté droit soit du côté gauche et ne pas le laisser trop longtemps dans le lit : à ce propos nous dirons que les petites voitures d'enfants dont on fait un si grand abus depuis quelque temps, ne peuvent jouer à cet égard qu'un rôle pernicieux et contribuer pour leur part à cette déformation.

B. *Combattre ce vice de conformation*. Décubitus exclusif du côté opposé à l'obliquité unilatérale. Lorsque les sutures sont ossifiées on ne peut espérer corriger la difformité qui persiste alors pendant toute la vie. Il n'est pas rare de rencontrer des têtes d'adultes offrant cette disposition à des degrés plus ou moins marqués. M. Guéniot nous a montré des mesures circonférentielles de la tête qu'il s'était procurées *chez des chapeliers* et qui dénotaient cette déformation d'une façon évidente.

Dr GILLETTE.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

Constitution médicale à Paris et dans quelques villes de France et de l'étranger, pendant l'année 1874.

Revue analytique des traitements les plus généralement employés dans les hôpitaux pendant cette même période.

L'année 1874 a débuté dans des circonstances très-favorables au point de vue de la constitution médicale. A part les affections des voies respiratoires, toujours très-fréquentes à cette époque de l'année, on ne constatait d'une manière générale, qu'un nombre très-faible de maladies ; et n'était une fréquence assez grande de rougeoles ; il n'existait aucune maladie épidémique.

JANVIER. — Ce mois a été très-peu rigoureux. A Paris la température moyenne s'est élevée à 4° 7 centigrades au-dessus de 0. La moyenne de la pression barométrique a été de 760 millimètres. Les vents de l'ouest et du sud ont eu une prédominance marquée ; il y a eu relativement peu de pluies et la hauteur constatée au pluviomètre pour le mois de janvier n'a été que de 26 millimètres.

L'épidémie de rougeole léguée par l'année 1873 a continué à sévir, et des cas assez nombreux de diphthérie et de croup se sont montrés : sur le croup surtout, la mortalité a été assez consi-

dérable et s'est élevée au-dessus de la moyenne des années précédentes.

Bordeaux. — Pneumonies très-fréquentes et très-graves surtout chez les vieillards. Angines très-nombreuses. Quelques cas de rougeole.

Lyon. — La température a été très-douce avec peu de pluies, un temps plutôt sec et peu de gelées. Il y a eu une prédominance marquée des affections des voies respiratoires. Rougeoles et varioles en assez grand nombre et surtout varicelles très-nombreuses.

Douai. — Etat sanitaire caractérisé surtout par un grand nombre de bronchites et de pneumonies.

Rouen. — La mortalité y est peu élevée; il n'y a aucune maladie régnante sauf quelques rougeoles. Par suite de changements assez brusques de température, il s'est montré un certain nombre de bronchites; mais elles ne présentent aucune gravité.

Février. — Pendant ce mois il y a eu à Paris quelques jours plus froids que pendant le mois de janvier et la température moyenne a été un peu plus faible, 4° 3 que le mois précédent. L'écart maximum entre les températures moyennes de chaque jour a aussi été assez élevé, 7° 6. La moyenne de la pression barométrique du mois a été de 757, 6. Les vents d'ouest ont prédominé, il y a eu très-peu de pluies; la hauteur au pluviomètre n'a été que de 20 millimètres 3.

Les affections diphthéritiques continuent à sévir avec une grande violence, quoique la mortalité par ces affections soit un peu plus faible que dans le mois de janvier. La rougeole est toujours très-fréquente; mais la grippe est beaucoup moins commune que les années précédentes à cette époque de l'année. Il y a très-peu de fièvres typhoïdes et l'on ne constate pas un seul cas de variole. La mortalité pneumonique n'est pas considérable, contrairement à ce qui arrive ordinairement pendant le mois de février.

Bordeaux. — Les angines sont toujours très-nombreuses, mais il y a très-peu d'affections diphthéritiques. La rougeole est toujours très-commune et l'on ne constate que peu de cas de variole. Les pneumonies continuent à être fréquentes et présentent une certaine gravité.

Lyon. — On a constaté de même qu'à Paris quelques froids plus vifs que dans le mois de janvier; mais la température est relativement assez élevée pour la saison et il n'est tombé que peu de pluies.

Toujours des affections des voies respiratoires, mais avec prédominance marquée de l'élément catarrhal; grippes nombreuses, mais surtout chez les enfants. Les varioles et surtout les varicelles continuent à être aussi fréquentes que dans le mois de janvier. Les rougeoles sont en assez grand nombre, mais il y a peu d'affections diphthéritiques. Malgré la température peu élevée, quelques cas d'affections abdominales commencent à se montrer.

Douai. — Fréquence toujours très-grande des pneumonies et des bronchites. Absence presque complète de fièvres éruptives. Grippes en assez grand nombre, mais sans gravité même chez les enfants.

Rouen. — On voit toujours un certain nombre de rougeoles, et de plus quelques cas de scarlatine. Les laryngites et les bronchites sont très-fréquentes, mais peu graves, et il n'y a qu'un très-petit nombre de pneumonies. D'une manière générale l'état sanitaire est satisfaisant; de même que dans le mois de janvier il n'y a aucune maladie régnante.

Mars. — A Paris la température s'élève notablement, la température moyenne du mois est de 7° 2, mais le chiffre des écarts entre les moyennes de chaque jour s'élève encore plus que le mois dernier et atteint 8° 1. La moyenne de la pression barométrique est de 761^{mm}9; aussi le temps est généralement très-sec, les pluies presque nulles et la hauteur au pluviomètre de 13^{mm}5 seulement.

La mortalité par les affections diphthé-

ritiques, qui avait fléchi un peu pendant le mois de février est revenue au même taux que pendant le mois de janvier. Il y a toujours très-peu de grippes. Les bronchites et les pneumonies ont la fréquence ordinaire à cette époque de l'année; la forme catarrhale des pneumonies a prédominé avec une mortalité un peu plus considérable que dans les deux mois précédents. Les pleurésies, sans avoir une fréquence excessive, ont donné une mortalité assez grande. Les rougeoles continuent à être aussi très-nombreuses tant dans la ville que dans les hôpitaux, et presque autant chez les adultes que chez les enfants; chez ces derniers il y a souvent complication de broncho-pneumonies qui déterminent une mortalité assez grande; chez les adultes elles n'offrent rien de particulier.

Bordeaux. — Les angines continuent à être très-fréquentes; mais les affections diphthéritiques ne les ont pas accompagnées. La rougeole sévit à l'état de véritable épidémie, heureusement sans gravité. Les pneumonies sont moins fréquentes. Il survient quelques cas de fièvre typhoïde sans gravité ni caractère épidémique.

Lyon. — Le thermomètre s'est élevé à 19° centigrades; mais il y a eu quelques jours de gelée ainsi que deux jours de neige. — Les cas de rougeole sont très-nombreux. Les affections des voies respiratoires sont en moins grand nombre; les pleurésies, toutefois, sont assez fréquentes et guérissent très-bien sans thoracentèse. Il y a peu de fièvres typhoïdes; mais, fait extraordinaire en cette saison, les affections abdominables sont très-nombreuses surtout chez les enfants, dont quelques-uns ont présenté de la diarrhée cholériforme funeste dans un certain nombre de cas.

Douai. — Rien de particulier si ce n'est un certain nombre de grippes et de bronchites. Mortalité générale peu élevée.

Rouen. — Les laryngites et les bronchites sont toujours fréquentes, mais peu de pneumonies. On a constaté une fréquence insolite des pleurésies traitées avec succès par les moyens médicaux.

AVRIL. — *Paris.* La température moyenne du mois a été assez élevée, 11°8; mais l'écart entre les températures maxima et minima, soit d'une même journée, soit de plusieurs jours rapprochés, a été considérable, 11°6. La pression barométrique moyenne a été de 753^{mm}2; les vents d'ouest ont prédominé; il y a eu peu de pluies et sécheresse assez considérable.

Les affections des voies respiratoires se sont montrées avec une très-grande fréquence et une gravité peu ordinaire, les pleurésies surtout ont donné une mortalité assez élevée. Les pneumonies ont présenté surtout la forme catarrhale qui, loin d'être chez l'adulte une complication fâcheuse, est dans la plupart des cas l'indice de la bénignité de la maladie. Les affections diphthéritiques commencent à diminuer. Les rougeoles sont toujours fréquentes et les fièvres typhoïdes très-rares. On a constaté un assez grande nombre de fièvres intermittentes surtout à type quotidien ou tierce. On commence à avoir un certain nombre de rhumatismes articulaires aigus, mais ne présentant dans la plupart des cas que des complications peu sérieuses. Les érysipèles sont assez communs dans quelques uns des hôpitaux.

Rouen. — Les fièvres typhoïdes, généralement assez rares à cette époque de l'année, se sont montrées à Rouen et dans les environs avec une fréquence assez grande, et cela non-seulement sur la population ouvrière et dans les quartiers populeux, mais M. Leudet en a constaté un assez grand nombre dans la clientèle des quartiers riches. Cette maladie avait surtout la forme adynamique et ataxique. Les bains tièdes prolongés ont été employés dans le plus grand nombre des cas, et malgré la gravité de la pyrexie, la mortalité a été très-peu élevée. A Elbeuf un médecin a employé la méthode des bains froids et en a obtenu de bons résultats. Le choléra sporadique a frappé quelques individus à Rouen.

Lyon. — De même qu'à Rouen les fièvres typhoïdes sont très-nombreuses. Les journaux de médecine de cette époque ont assez insisté sur la médication qui y a été

mise en usage pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir.

Londres. — Le temps est très-sec et les vents sont le plus souvent de l'est. Les rougeoles sont très-fréquentes.

Dublin. — Bronchites nombreuses et graves. Par suite de variations brusques de température la mortalité est considérable sur les phthisiques.

Lisbonne. — Température très-variable et vent du nord. Bronchites nombreuses amenant la mort chez les emphysémateux et chez les enfants. Grande mortalité sur les phthisiques; les affections abdominales commencent à devenir fréquentes.

Liége. — Angines nombreuses dont quelques-unes diphthéritiques. Les coqueluches sont aussi très-fréquentes et les fièvres scarlatines commencent à se montrer. Quelques fièvres typhoïdes à forme muqueuse.

Rome. — Pneumonies nombreuses et graves, bronchites assez fréquentes surtout chez les enfants et chez les vieillards. Les fièvres typhoïdes présentent un caractère épidémique et une mortalité assez considérable.

Mai. — *Paris.* La température moyenne est à peu près la même que le mois précédent, 11° 7; mais c'est le moment du paroxysme des variations de température, aussi les affections soumises aux influences thermométriques ont-elles montré pendant ce mois une fréquence considérable. La pression barométrique moyenne a été de 753^{mm} 9 et la quantité de pluie au pluviomètre de 39^{mm} 7 ; les vents dominants ont été ceux du nord et de l'ouest.

Les bronchites et les pneumonies et surtout les broncho-pneumonies continuent à être fréquentes, et présentent une mortalité élevée. Les pleurésies se montrent toujours en assez grand nombre et fournissent aussi une mortalité considérable. La rougeole présente une légère recrudescence surtout chez les adultes, et le croup nous fournit encore un assez grand nombre de décès à enregistrer. Mais le rhumatisme articulaire sévit avec une gravité exceptionnelle en présentant dans le plus grand nombre des cas des complications cardiaques.

Rouen. — Les cas de fièvre typhoïde continuent à être d'une fréquence insolite à pareille époque à Rouen et dans les environs. Nombreuses pneumonies à forme catarrhale. Quelques érysipèles. Rhumatismes articulaires subaigus en nombre considérable. Le catarrhe intestinal commence à acquérir un certain degré de fréquence.

Lyon. — La fièvre typhoïde continue toujours à sévir avec la gravité signalée le mois précédent.

Lisbonne. — Pneumonies nombreuses et graves surtout chez les vieillards. Peu de fièvres typhoïdes. Pas de fièvres éruptives ; les entérites deviennent plus fréquentes et plus graves.

Londres. — Variations brusques de température, quelques pluies. Vent dominants de nord-ouest et sud-ouest. Epidémie de rougeoles et de scarlatines. Peu de fièvres typhoïdes. Cas nombreux de coqueluche se terminant souvent par des complications graves et même la mort. La mortalité générale est peu élevée.

Dublin. — Mortalité assez forte par bronchites et pneumonies. Scarlatines et fièvres typhoïdes nombreuses.

Belfast. — Cas nombreux et graves de fièvre scarlatine. La variole et la coqueluche commencent à acquérir une plus grande intensité. Mortalité considérable.

Derry. — La variole est à l'état d'épidémie et augmente la mortalité.

Glascow. — Mortalité générale considérable.

Liége. — Les scarlatines sont très-fréquentes et très-sérieuses. Quelques fièvres typhoïdes légères, surtout à forme muqueuse. Les affections diphthéritiques diminuent de fréquence ; mais les entérites et les diarrhées commençent à se montrer en plus grand nombre.

Rome. — Les pneumonies et les bronchites sont toujours très-nombreuses, mais les autres affections sont assez rares. Les fièvres typhoïdes commencent à diminuer.

Juin. — *Paris.* La température moyenne est de 17° 6 ; mais les écarts sont

toujours considérables entre les maxima et les minima, ce qui donne un temps très-variable. La sécheresse est toujours très-grande, la quantité de pluie tombée est cependant un peu moins faible que le mois précédent, au pluviomètre, 54 mill. 4; les vents dominants sont de l'ouest et du sud et la hauteur barométrique moyenne de 757 mill. 4.

Les affections diphthéritiques tendent à diminuer, mais leur mortalité est toujours plus considérable que celle des années précédentes. Les fièvres intermittentes se montrent toujours en très-grand nombre; mais l'élément rhumatismal a toujours une prédominance marquée à tel point que dans quelques salles des hôpitaux de Paris le quart des malades est atteint de cette affection. La cause de la fréquence insolite de cette catégorie d'affections doit tenir aux variations considérables de la température que nous avons signalées dans le mois précédent ainsi que dans le mois de juin. Ces rhumatismes s'accompagnent le plus souvent de complications cardiaques, et, dans un certain nombre de cas (même chez les enfants), ils se compliquent de pleurésie. Les pleurésies primitives sont du reste toujours très-fréquentes, tout en présentant une mortalité moins considérable pendant le mois de mai. Les pneumonies deviennent beaucoup plus rares.

Rouen. — Les rhumatismes articulaires aigus et subaigus sont toujours d'une fréquence extrême; beaucoup présentent des complications cardiaques et quelques-uns se sont terminés par des complications cérébrales. Le catarrhe intestinal est aussi très-commun et quelques érysipèles se sont montrés dans les hôpitaux.

Londres. — Temps découvert et très-beau. Température moyenne, 14° centigrades. Vent dominant de nord-est. Il y a eu quelques fortes bourrasques sur différents points de l'Angleterre.

La scarlatine est la maladie épidémique dominante; il y a aussi un très-grand nombre de rougeoles et de coqueluches. Ces trois maladies ont occasionné pendant le mois une mortalité considérable. Quelques jours de chaleur excessive à la fin du mois ont déterminé une grande quantité de diarrhées avec mortalité considérable, surtout chez les enfants (83 décès de diarrhée dans une semaine).

Dublin. — La fièvre scarlatine a été pendant le mois la maladie prédominante; le huitième des décès pouvant être porté à l'actif de cette seule maladie; quelques cas de fièvres typhoïdes et des diarrhées causées par plusieurs jours de chaleur excessive.

Derry. — La variole sévit à l'état épidémique.

Belfast. — Nombreux cas de scarlatine et quelques fièvres typhoïdes. Mortalité générale très-élevée, 30 pour 100 par an.

Lisbonne. — Apoplexies fréquentes. Pas de fièvres éruptives. Les affections des voies digestives sont très-communes. Nombreux cas de diarrhée cholériforme chez les enfants.

Liége. — Les coqueluches deviennent plus rares, mais les entérites et les diarrhées augmentent beaucoup de fréquence.

Rennes.— L'état sanitaire est généralement bon, il n'y a pas de maladies régnantes et les diarrhées ne se montrent qu'en petit nombre.

(*A suivre.*)

Dr A. CADIER.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

Théorie et traitement de certaines formes d'infection purulente et de septicémie (1).

L'infection est pour nous le résultat d'une fermentation intra-organique du sang; elle comprend trois degrés.

Le premier est constitué par un état inflammatoire du sang veineux, caractérisé microscopiquement par une production

(1) La note suivante, extraite d'une leçon clinique du professeur Henri Henriot, nous paraît mériter l'examen sérieux du corps médical; car la sanction et la justification de cette théorie, que nous croyons vraie, aurait une influence énorme sur les soins à donner aux malades à domicile, dans les hôpitaux et les maternités. (*N. D. R.*)

considérable de leucocytes ; on ne connaît pas encore les modifications qui sont apportées dans la composition du sérum de ce sang, qui jouit de propriétés pyrogènes et phlogogènes. Nous proposons d'appeler cette période, leucocythose phlogogène. La fièvre traumatique de moyenne intensité dont Maisonneuve a fait le degré le plus bénin de l'infection purulente, en constitue le type. Billroth et Weber ont expérimentalement démontré que la fièvre traumatique est due à une leucocythose ayant la propriété spéciale de produire une certaine quantité de chaleur facilement appréciable par le thermomètre.

Le second degré est caractérisé par la présence de bactéries dans le sang : c'est ce que Vulpian appelle la bactériémie. Coze et Feltz, dans leur remarquable ouvrage sur les maladies infectieuses, signalent la présence de bactéries dans le sang des personnes atteintes de fièvre purulente, de septicémie, de fièvre typhoïde, de fièvres éruptives graves, d'érysipèle, etc.

Comment ces organismes inférieurs, ces ferments dont on constate la présence indéniable dans le sang, pénètrent-ils dans l'intérieur du système vasculaire ? Ils ne peuvent y entrer que de deux façons : par les veines et les lymphatiques, ou par la muqueuse pulmonaire. On admet généralement que l'absorption se fait par la plaie ; nous pensons au contraire que le plus souvent elle se fait par les poumons ; dans la plaie, les bactéries ne sont pas en rapport direct avec les vaisseaux, il leur faut traverser des tissus de nouvelle formation, de la lymphe, des bourgeons charnus ; dans le poumon, les bactéries qui sont introduites avec l'air à chaque inspiration n'ont qu'à traverser une membrane extrêmement mince pour être en contact avec le sang. Dernièrement Danet a présenté à l'Académie de médecine une étude d'où il conclut que les membranes naturelles ne se laissent traverser par les bactéries que lorsqu'elles ne sont plus à l'état physiologique, et que la bactérie et les vibrions périssent dans les milieux sains. Ces nouvelles études ne nous empêchent pas d'admettre que les bactéries et les vibrions qui traversent les filtres et les appareils dyaliseurs, ne puissent aussi traverser la muqueuse pulmonaire, lorsque le sang qui est dans les capillaires de cette muqueuse a perdu ses propriétés physiologiques et est devenu phlogogène. La pénétration des bactéries par la voie pulmonaire se manifeste immédiatement par l'avidité avec laquelle elles s'emparent de l'oxygène contenu dans les globules rouges du sang artériel ; une expérience, croyons-nous, très-concluante que nous relatons plus loin, vient appuyer les conclusions de Danet en les modifiant légèrement ; car si nous admettons que la bactérie périt dans un milieu sain, nous croyons qu'elle peut traverser la membrane pulmonaire lorsque celle-ci, quoique saine, est vivifiée par un sang altéré ; il n'est pas nécessaire en un mot que la membrane soit malade, il suffit que le sang qui y arrive soit phlogogène.

Le troisième degré est marqué par une phase nouvelle : le travail de fermentation intra-organique s'établit dans le sang des veines pulmonaires et des artères ; il amène bientôt une altération irrémédiable de globules ; la bactérie, très-avide d'oxygène, s'en empare rapidement et fait, selon Coze et Feltz, tomber ce gaz de 19 à 13. Sous la même influence, le sang perd bientôt son albumine, sa fibrine et son sucre, en même temps que l'urée et l'acide carbonique augmentent dans d'assez fortes proportions : les globules se déforment, s'allongent, se décolorent, se dissolvent, et la matière colorante du sang, après avoir desquammé l'endothélium des artères, se combine avec les éléments de la tunique moyenne, pour produire une véritable teinture qui résiste à plusieurs mois de macération.

Dans ce troisième degré coexistent une altération du sang et une altération des petites artères qui concourent simultanément à la production de deux phénomènes : la dilatation paralytique des artères et la filtration du sang à travers les capillaires de tous les organes.

Si les deux phénomènes se produisent sur un département vasculaire limité, il se forme une congestion locale, c'est-à-dire un infarctus par trombose ; s'ils se

produisent sur l'ensemble du système vasculaire, il se forme ce que nous avons constaté chez un homme atteint de gangrène humide des membres inférieurs : — des épanchements de sérosité sanguinolente dans les séreuses ; — des congestions passives et des hémorrhagies dans les parenchymes ; — des éruptions purpuriques dans la peau et les muqueuses.

Ces deux formes ne présentent pas la même gravité.

Dans la première (congestion localisée) qui répond surtout au mode de production de l'infection purulente, une partie seulement des organes est touchée ; dans ces conditions, il suffit que la fermentation intra-organique cesse, soit parce que les bactéries ne pénètrent plus dans le sang, soit parce que celles qui s'y étaient introduites y ont été détruites, pour que les infarctus hémorrhagiques qui se sont produits (par trombose, c'est-à-dire par lésion artérielle et non par embolie) se résorbent comme de simples épanchements sanguins, et que les abcès métastatiques subissent une régression graisseuse ou caséeuse qui les rend complétement inoffensifs.

Dans la seconde forme (congestions et hémorrhagies générales) qui répond surtout au mode de production de la septicémie, l'altération du sang est trop profonde pour que la cessation de la fermentation puisse permettre à la nature de réparer les désordres produits.

Dans la première forme, il suffit que l'infarctus pulmonaire constitué par un simple épanchement de sang soit en contact dans le poumon avec la bactérie qui y est introduite par l'air, pour que le sang, rencontrant dans cet endroit les meilleures conditions de température constante (37°) et d'humidité, subisse la fermentation et forme des abcès métastatiques. Ceux-ci, une fois formés dans le poumon, deviennent le point de départ de nouvelles embolies, qui, par l'aorte, vont atteindre tous les organes.

Les phénomènes pathogéniques de l'infection semblent donc se succéder dans l'ordre suivant : dans les veines, leucocythose phlogogène, — dans les poumons, bactériémie, — dans les artères, fermentation du sang, décomposition et asphyxie des globules sanguins, — dans les capillaires, élimination, destruction du ferment et suppression de la nutrition.

Dans notre théorie, le poumon est donc le point de contact où se rencontrent les deux éléments indispensables à l'établissement de la fermentation intra-organique: l'élément phlogogène qui est porté par les veines, le cœur droit et l'artère pulmonaire, et l'élément infectieux, le ferment, la bactérie qui, mélangée à l'air atmosphérique, traverse la muqueuse respiratoire. Depuis les belles expériences de Pasteur, qu'une dotation nationale vient de récompenser de ses admirables travaux, la présence des bactéries dans l'air qui avoisine un individu atteint de maladie infectieuse est un fait absolument démontré, sur lequel je n'ai pas à m'étendre.

Supprimez l'un de ces deux éléments, empêchez le contact du sang phlogogène et du ferment dans un milieu approprié au développement de la fermentation, vous rendrez celle-ci impossible, et par conséquent la décomposition du sang, qui en est la conséquence directe. Mais est-il possible de s'opposer à ce contact qui est le point de départ de l'altération irrémédiable du sang ? Nous le croyons : il suffit pour cela de tamiser l'air que respire le malade dans le petit appareil que je vous présente ; c'est, vous le voyez, un simple cornet qu'on applique sur l'orifice des voies aériennes, où un jeu de soupape très-simple oblige l'air à traverser une couche de ouate ou d'amiante qui, vous le savez, ont la propriété d'arrêter les ferments. Un moyen beaucoup plus simple consiste à placer le malade à la campagne dans un air pur. L'expérience a depuis longtemps donné raison à cette manière de voir, en prouvant le danger de certaines opérations dans les hôpitaux des grandes villes et leur innocuité parfaite dans les campagnes ou sous les tentes. Les hôpitaux les plus récemment construits, ceux où la ventilation s'opère avec le plus d'activité, sont souvent aussi les plus meurtriers, parce que les germes tenus en suspension dans l'air y disséminent le poison en permanence, au lieu de le laisser inactif dans

un coin, mélangé à la poussière de la salle.

Si le malade est lui-même porteur d'une plaie fétide, il faut opposer entre la plaie et la muqueuse pulmonaire un obstacle insurmontable; le pansement ouaté de Guérin a un double avantage, il empêche les germes disséminés dans l'air d'arriver jusqu'à la plaie, et inversement (et c'est peut-être là son rôle le plus important), il retient les germes qui se développent à la surface de la plaie et les empêche de se répandre dans l'air ambiant, où ils deviendraient une nouvelle cause d'infection par les voies respiratoires; l'éponge imbibée d'une solution au dixième de liqueur de Labarraque, de notre confrère Brébant, agit absolument dans le même sens; il en est de même des pansements à l'alcool. Si l'on se souvient enfin que tous les parasites végétaux et animaux ont besoin pour se développer d'un terrain spécial, il ne faudra pas omettre de tonifier les malades. Que la plaie soit extérieure ou intérieure, le même traitement doit être suivi. Nous avons, mon interne Labarrière et moi, dans deux cas désespérés de rétention placentaire putride, obtenu d'excellents résultats des injections d'alcool presque pur dans la cavité utérine.

Enfin il ressort des travaux de Coze et de Feltz une indication curative : lorsque la maladie n'est pas trop avancée, il faut, sous forme d'inhalations, rendre au globule sanguin l'oxygène qui lui a été enlevé par le ferment; dans ce cas, cet air vivifiant agit, à la façon de l'alcool dans certaines formes de pneumonies, comme médicament d'épargne. On pourrait aussi pulvériser dans les bronches des liquides désinfectants (chloral, permanganate, etc).

Une autre conséquence de la pénétration des ferments par la muqueuse pulmonaire, serait la prophylaxie possible de la plupart des maladies contagieuses de nature infectieuse, telles que : la rougeole, la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde, le typhus, l'érysipèle, la phthisie des conjoints, peut-être le choléra; il suffirait, pour obtenir ce résultat, d'appliquer aux orifices du nez et de la bouche un petit grillage ouaté et imbibé d'une substance antiseptique; ce moyen, du reste, n'est autre que la fameuse cigarette de camphre qui a été si vantée par Raspail; il a sur elle l'avantage de s'opposer d'une manière absolue à la pénétration des ferments dans les poumons et par conséquent dans le sang.

A l'appui de notre manière de voir, vous remarquerez encore que toutes les personnes (médecins, infirmiers) qui vivent avec les malades en temps d'épidémie, résistent à la contagion tant qu'elles sont bien portantes ; mais s'il survient un excès de fatigue, un accès de fièvre, un traumatisme insignifiant, elles perdent brusquement cette immunité; tant que leur sang est dans un état physiologique, les bactéries peuvent arriver jusqu'aux poumons; elles ne pénètrent pas dans l'intérieur du système circulatoire ; mais que leur sang devienne phlogogène, la bactérie trouve une porte d'entrée, elle trouve son mordant, si je puis ainsi dire, et la fermentation du sang s'établit immédiatement. Aussi, Messieurs, m'avez-vous vu renvoyer immédiatement dans leur pays ceux d'entre vous qui, au début de mes leçons, ont éprouvé par la fréquentation de nos salles des signes de fièvre ou d'inappétence.

Dr Henri Henriot,
Professeur suppléant de clinique à l'École de médecine de Reims.

PATHOLOGIE MÉDICALE.

Un cas de choléra-morbus.

Nous rapportons ici un cas de choléra asiatique que nous avons observé il y a un mois et demi environ.

M. B... âgé de 58 ans, occupait depuis nombre d'années une position des plus honorables dans une de nos administrations publiques, à Paris, et il attendait que deux ans se fussent écoulés pour prendre sa retraite, quand un ordre supérieur l'invita à quitter ses fonctions (février 1874).

Cette destitution fut un sujet de peines et de chagrins qui amena presque aussitôt

des troubles dans la santé de M. B... que nous commencions à soigner vers cette époque.

Antécédents ; constitution. — M. B..., doué d'une constitution sanguine, avait éprouvé en 1872-73 un lombago qui l'avait retenu quelques semaines au lit, puis une gastralgie à la suite d'une émotion violente, laquelle céda tout à coup pendant un court séjour à Plombières.

Ses préoccupations ne cessant de l'assiéger, on le vit souvent dans la rue gesticuler, parler haut sans faire attention au moindre passant; il ne prenait aucun soin de sa santé et fut atteint d'une congestion sanguine cérébrale qui céda à des purgatifs légers et quelques topiques aux extrémités (mars 1874.) — Vers la fin de mai M. B... fut atteint d'embarras gastrique qui céda facilement à l'administration d'un vomitif et de quelques amers. Puis M. B... alla passer quelques jours au bord de la mer. Au retour nous le trouvâmes maigri.

En juillet, après s'être exposé imprudemment au froid, il fut repris, tout à la fois, d'un lombago semblable à celui qu'il avait éprouvé deux ans auparavant et d'une légère congestion pulmonaire; voix enrouée. Ces phénomènes cédèrent en deux jours à une application de sangsues sur les lombes et à des tisanes adoucissantes.

Mais le système nerveux parut alors prendre le dessus. J'avais déjà des soupçons et j'ai acquis la certitude depuis, que M. B... cachait ses indispositions pour ne pas donner d'inquiétude à sa famille. — Il y avait là, bien évidemment, un commencement de gastralgie.

Le 30 août au soir, veille d'un second départ pour la mer, M. B... eut encore un vomissement qu'il cacha ne voulant pas retarder le voyage et il partit le lendemain 1er septembre 74. Arrivé à la mer, M. B... mena un régime ordinaire pendant quelques jours, tout en mangeant peu, puis il perdit l'appétit. Il prit de lui-même un vomitif qui produisit pendant quelques jours seulement une certaine amélioration.

Malgré cela, M. B... ne paraissait pas perdre ses forces, il faisait encore à pied des courses de quatre ou cinq lieues par jour.

Mandé près du malade, nous l'examinâmes le 20 septembre. — Pouls petit à 75, refroidissement général, battements du cœur sensibles et réguliers, ancienne tumeur à l'estomac, région épigastrique insensible même à la pression. Les vomissements ne se renouvelèrent que deux jours après notre arrivée le 22, et étaient déjà plus abondants que les liquides ingérés; ils contenaient des substances alimentaires dont l'ingestion remontait à plusieurs jours. — *Traitement* : glace, régime lacté, bouillon gras coupé avec de l'eau. — Il fut mal suivi, le malade refusa de se soigner.

Cet état dura une huitaine de jours, l'amaigrissement s'accusait et cependant les forces diminuaient peu. Des pilules d'opium à 0 gr. 05, quelques verres de vin tonique à la coca du Pérou n'eurent pas de meilleur résultat que la glace.

Le samedi 26 septembre après la prise d'une certaine quantité de lait en plusieurs fois dans la journée, M. B... eut vers 4 h., au milieu d'une promenade un vomissement très-abondant, de couleur jaunâtre. — Il m'avoua alors que deux jours auparavant il avait pris un vomitif sans prévenir personne. — Depuis son séjour à la mer le malade éprouvait des alternatives de diarrhée et de constipation; mais la constipation dominait.

Considérant l'air de la mer comme un excitant, nous conseillâmes à M. B... de rentrer à Paris le plus promptement possible, lui promettant de nous rendre près de lui quelques jours après.

Muni d'une lettre pour le Dr J. N. Masse, il arriva à Paris le 28 septembre. — Quelques cholérines régnaient alors et le Dr Masse, malgré l'état de fatigue et d'anémie du malade, prescrivit un purgatif qui ne fut pas toléré.

Le 29, il prescrivit l'eau de Seltz, des sinapismes, le sirop de pavot blanc. Cette médication parut calmer un peu les phénomènes morbides. Le 30, on prescrivait la poudre de Colombo, des frictions sur la colonne vertébrale, des gargarismes d'eau d'orge et de miel rosat. — Malgré cette

médication le malade eut 3 vomissements noirs très-abondants dans la journée.

Nous arrivâmes le 30 au soir près de M. B... après avoir été prendre près du Dr. Masse les renseignements nécessaires. — Celui-ci nous apprit que depuis notre absence quelques cas de cholérine régnaient à Paris et que nous devions nous attendre, vu l'état anémique de notre malade, à des accidents graves. Ce pronostic était juste; quittant le Dr Masse pour nous rendre aussitôt chez M. B... nous trouvâmes ce dernier atteint d'un choléra caractéristique. — Pouls de plus en plus petit, battements du cœur très-lents, 45 environ, corps froid, face cyanosée, voix presque éteinte, absence d'urines et de garde-robes. Pas de sommeil depuis le retour à Paris. — Crampes, agitation continuelle. — *Traitement* : Potion stimulante, frictions, briques chaudes, coton, ouate autour du corps, sinapismes, etc.

Le 1er octobre, nous voyons le malade en consultation. Le Dr Masse et moi ne pouvions nous refuser à l'évidence d'un cas de choléra que la violence des symptômes nous a fait qualifier de choléra indien. — Un examen minutieux ne nous fit pas constater de tumeur à l'estomac. Pouls filiforme. Les symptômes de la veille persistent, mais présentent une légère rémission dans la matinée. — La potion stimulante de la veille fut rendue plus énergique encore. — Vers 10 h. le malade voulant se lever, malgré toute observation, pour aller aux cabinets, eut une syncope et s'affaissa dans les bras de ceux qui le soignaient. — Survint alors un vomissement noir des plus abondants que nous pouvons évaluer à 4 livres environ. — Puis survint une période de rémission : le malade parut se réchauffer sous l'influence des frictions, des toniques, des stimulants qu'on lui administra; il prit même quelque nourriture. Lavement au bouillon et au vin. — Le soir vers 4 h. il eut cependant encore un vomissement. — Vers 5 h. 1/2 la voix s'affaiblit de plus en plus, pouls filiforme, perte de connaissance par intervalles. Mort à 7 h. 1/2 presque sans agonie. — Hémorrhagie stomacale peu de temps après la mort; prompte décomposition, et, chose assez caractérisque, les taches cyanosées disparurent presque aussitôt.

Devant un tel cas si bien accentué, craignant la contagion, nous avons demandé l'inhumation d'urgence dans les 12 h.; elle ne put avoir lieu qu'au bout de 20 h. — Toutes les précautions que nous prîmes pour désinfecter l'appartement, les cabinets d'aisances surtout, l'éloignement du domicile mortuaire que nous prescrivîmes à la famille, nous ont réussi jusqu'à présent, puisque dans la maison même du défunt nous n'avons encore eu aucun cas de contagion à signaler. Dr Masse. E. Roussel.

HYGIÈNE.

Encore le biberon.

Monsieur le rédacteur,

Le caoutchouc vulcanisé a été traité bien sévèrement dans le dernier numéro de votre estimable journal; sans doute il offre une odeur repoussante lorsqu'il est neuf; mais lorsqu'il a séjourné environ une heure dans l'eau, les enfants n'éprouvent pas pour lui plus de répugnance que pour le caoutchouc noir, et il est beaucoup plus solide que ce dernier.

De plus, votre honorable correspondant prône le biberon Mather's au-dessus de tous les autres; cependant, c'est en faisant passer l'air expiré dans leur lait, que les enfants établissent une pression suffisante pour leur permettre la succion du biberon Mather's.

Ne préferez-vous pas le biberon Robert, qui laisse pénétrer à la surface du lait l'air atmosphérique, non vicié par la respiration.

Du reste, bon nombre d'enfants refusent le biberon Mather's, parce qu'ils s'épuisent à souffler à travers leur lait, et ces mêmes enfants prennent fort bien le biberon Robert, tandis que ceux qui refusent le biberon Robert, veulent encore moins du biberon Mather's.

Veuillez, etc. Dr Spire (Charles).

Blamont, 22 décembre 1874.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Succès de la belladone dans le traitement du goître exophthalmique. — Après avoir essayé en vain les divers traitements préconisés par Trousseau, Stocker, Walsh, etc., contre cette affection, le docteur Smith, médecin du dispensaire Saint-Pancrace, à Londres, fut amené à employer la belladone pour les raisons suivantes:

Deux malades furent traitées par ce médicament. L'une était une femme de vingt-quatre ans, et qui, malade depuis neuf mois, avait pris d'abord du fer, de la digitale, de la noix vomique et avait été soumise aux courants constants faibles, le tout sans succès. La vératrine n'avait pas été plus efficace.

En juillet 1873, quatorze mois après le début de l'affection, la triade symptomatique était des plus accusées: yeux saillants comme s'ils voulaient sortir des orbites, palpitations douloureuses au moindre exercice, corps thyroïde aussi développé que jamais; en outre, anémie et faiblesse profondes, et de temps en temps, accès de chaleurs brûlantes qui se terminaient par des sueurs profuses, laissant la malade comme mourante.

On donna alors de l'aconit à la dose de 1 goutte toutes les heures; mais comme on n'avait rien obtenu au bout de deux jours, on cessa son emploi, puis on arriva à la belladone dont on donna 5 gouttes de teinture chaque heure. Comparé à celui des traitements précédents, l'effet fut surprenant. Le troisième jour il y avait diminution du nombre des pulsations, des palpitations et des sueurs; la malade put se promener au bout de quatre jours. Au bout de dix jours survint de la diarrhée, qui obligea à suspendre le médicament. On réduisit la dose à 15 gouttes quatre fois par jour et on ajouta du fer. En une quinzaine de jours la malade fut considérablement améliorée. La diplopie, qui existait depuis un mois, disparut en six semaines; mais il fallut deux mois pour qu'on s'aperçût d'une amélioration dans l'exophthalmie.

En mai 1874, les yeux étant largement ouverts, on ne voyait plus la sclérotique au-dessus de la cornée; l'hypertrophie du corps thyroïde avait presque disparu et la malade était dans d'excellentes conditions de santé et de force.

— La seconde malade, femme de vingt-six ans, était dans un état moins grave lorsqu'elle fut soumise au traitement par la belladone. Elle fut traitée de la même manière que la précédente et pouvait être considérée comme guérie au bout d'un mois. Mais le corps thyroïde n'avait diminué que très-peu et était devenu dur et ferme par transformation fibreuse.

Un fait très-remarquable chez ces deux malades, c'est qu'il se produisit chez elles un développement considérable de tissu adipeux après l'amélioration produite par la belladone.

Dans les deux cas il y eut quelque recrudescence des syptômes; mais ils ont cédé bien vite dès la reprise du traitement.

On ne donnait pas le médicament pendant la nuit, et il est à noter qu'on pouvait diminuer les doses sans inconvénient lorsque le traitement se faisait d'une manière continue.

Harley ayant établi que des doses modérées déterminent la contraction, et de hautes doses la dilatation des artères, il est de la plus haute importance d'avoir à l'esprit, dans la prescription du médicament, la susceptibilité individuelle, si variable avec chaque sujet.

Enfin, comme il y a des cas de palpitations tout à fait indépendantes de l'exophthalmie et de l'hypertrophie du corps thyroïde, où la belladone a été très-efficace; il est possible que dans les deux cas précédents l'amélioration produite l'ait été par l'intermédiaire du cœur, la belladone agissant là comme sédatif. (*The Lancet*, 27 juin 1873, p. 902 et *Bull. de thérap.*)

Traitement préventif du mal de mer par le chloral. — M. Giraldès, après avoir rappelé que le docteur Pritchard a déjà signalé, en 1871, dans le *Lancet*, les bons effets obtenus par l'hydrate de chloral, à la dose de 15 grammes, comme moyen préventif du mal de mer, raconte le fait suivant :

« Au mois de juin de cette année, à l'époque des courses d'Ascot, je me trouvais à Boulogne, en route pour Londres. La mer était assez mauvaise pour faire hésiter quelques-unes des personnes qui se rendaient à Londres à faire la traversée; j'étais au nombre des hésitants. Je me suis décidé à partir sur l'indication qui m'a été donnée par un confrère de Boulogne, qu'un des médecins des Transatlantiques employait avec succès le sirop de chloral contre le mal de mer.

« Je pris chez un pharmacien de Boulogne une quantité de sirop pouvant tenir 30 centigrammes de chloral. Je me suis embarqué, et, suivant mon habitude, je me suis assis de façon à n'être point dérangé, et aussitôt les premiers mouvements de roue j'ai pris mon sirop et suis arrivé à Folkestone en bon état.

« Au retour, même résultat. Seulement, au lieu de 30 centigrammes de chloral, j'avais fait faire une potion avec 50.

« Le 29 septembre, j'ai traversé la Manche de Calais à Douvres par le train de deux heures après-midi. En raison de la saison avancée, je prévoyais que la mer serait mauvaise, c'est pourquoi j'ai fait faire la potion suivante : chloral, 3 grammes; eau distillée, 50 grammes; sirop de groseilles, 60 grammes; essence de menthe française, 2 gouttes.

« Aussitôt arrivé au bateau, j'ai pris près de la moitié de la potion; je suis arrivé à Douvres parfaitement portant, alors qu'à côté de moi mes compagnons de route étaient malades. La mer, cette fois, était *excessivement* mauvaise.

« A mon retour, le 30 octobre, départ de Londres à huit heures du matin; embarqué à Douvres à dix heures, *mer furieuse*. J'ai pris le restant de la potion; je me suis endormi au bout de peu de temps, et je ne fus réveillé que par un violent coup de tangage à vingt minutes de Calais, où je suis arrivé en bon état.

Il faut remarquer qu'il m'est difficile de traverser la Manche, avec une mer un peu agitée, sans être malade. Je dois ajouter que, comme toujours, je ne descendis point dans la chambre. (*Journal de thérapeutique*, novembre 1874, p. 812.)

Monobromure de camphre. — M. Bourneville a expérimenté avec quelques résultats très-encourageants le monobromure de camphre dans l'épilepsie, la chorée, la paralysie agitante, dans l'insomnie. On pourra l'utiliser dans certaines formes d'aliénation mentale avec excitation, dans les pyrexies et les maladies aiguës, et principalement dans les cas où le délire est en rapport avec l'élévation de la température, dans le délirium tremens, la chorée, les convulsions des enfants, l'insomnie, le satyriasis, la nymphomanie; enfin, il pourrait être expérimenté dans les palpitations hystériques, dans le spasme de la glotte, la coqueluche et dans certaines dyspnées d'origine asthmatique ou cardiaque.

Le monobromure de camphre peut être, d'après M. Hammond, donné sous forme de pilules avec conserve de rose comme excipient, ou en mixture avec du mucilage de gomme arabique et du sirop. La dose pour les adultes varie de 12 à 30 centigrammes environ; mais nous l'avons employé nous-même à une dose plus considérable, à 0, 60 et 0, 70 centigr. dans un cas de névralgie faciale, et la quantité peut même sans inconvénient dépasser ces derniers chiffres.

M. Bourneville a d'abord administré des pilules suivant cette formule :

Monobromure de camphre. 0,10 cent.
Gomme et sucre . . . . . q. s.

Pour une pilule; de trois à douze par jour. De son côté, M. Clin vient de préparer des dragées renfermant chacune 0,10 centigr. de ce médicament. Mais dans quelques cas (rage, tétanos, état de mal épileptique) il peut être nécessaire d'administrer le médicament par la voie hypodermique; la

solution que M. Bourneville recommande est celle-ci :

Monobromure de camphre.	3 grammes.
Alcool	35 —
Glycérine	22 —

Il faut n'injecter dans le même point que trente à quarante gouttes, surtout chez les enfants, si l'on veut éviter des accidents locaux qui ne se produisent pas à cette condition et avec la solution précédente. (*Union méd. de Paris*, 29 octobre 1874.)

Le traitement des ulcères tant variqueux que lymphatiques au moyen de l'acide carbolique (phénique), par M. Dawosky, de Celle (*Betz's Memorabilien*, XIX 2, 1874). — Les communications de Lister sur l'action antiseptique de l'acide phénique sur les ulcères de mauvais aspect, a engagé l'auteur à essayer de cet agent dans ce but à l'hôpital des pauvres de Celle ; mais en recherchant s'il ne pouvait pas le faire d'une manière moins compliquée que ne l'indiquait Lister. Dans ce but il fit humecter des compresses d'un mélange de 2 parties d'acide phénique dans 100 d'eau, recouvrant de petites compresses les ulcères, puis enveloppant complétement l'extrémité d'une grande, autour de laquelle il plaçait une étoffe imperméable et assujettissant le tout avec une bande. Les premiers jours, il fit renouveler les compresses toutes les heures ; puis à mesure que les ulcères prirent un aspect meilleur et que la sécrétion perdit son odeur infecte, il se borna à les faire changer toutes les 24 heures. Le résultat dépassa toutes ses espérances. Lui qui avait précédemment prôné les fomentations aromatiques, y a complétement renoncé depuis qu'il a essayé de l'acide phénique. En effet, au bout de 2 à 3 jours déjà l'aspect des ulcères change complétement et leur odeur infecte disparaît. Toutefois il est à remarquer que les ulcères lymphatiques guérissent beaucoup plus lentement que les variqueux sous l'emploi de ce genre de pansement.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des reins (1);

Par S. Rosenstein, professeur de clinique médicale à Grœningue.

En 1863, le professeur Rosenstein publait son *Traité pratique des maladies des reins*. Ce livre eut un succès assez grand pour que, quelques années plus tard, une seconde édition devînt nécessaire. Dans cette édition nouvelle. L'auteur corrigeait son livre et en faisait une œuvre assez intéressante pour que deux de nos confrères, MM. Botentuit et Labadie-Lagrave, aient cru bon et utile de le traduire et de le faire ainsi apprécier aux médecins français.

M. Rosenstein rend d'abord hommage à Rayer. Nous nous empressons de lui en donner acte ; car, ce qui éloigne tout d'abord le lecteur français des œuvres allemandes, c'est cette partialité d'outre-Rhin qui va, de nos jours, jusqu'à faire l'historique de l'auscultation sans nommer Laennec !

Donc M. Rosentein reconnaît la trace considérable laissée dans la science par le *Traité* de Rayer.

Après une introduction consacrée à l'anatomie, à la physiologie et à l'histologie du rein, l'auteur écrit l'historique de la maladie de Bright, et montre que, sous ce nom général, on avait confondu ou réuni les diverses modifications parenchymateuses légères ou graves qu'on désigne maintenant sous le nom d'hypérémie passive, de néphrite catarrhale, de néphrite diffuse et enfin de dégénérescence amyloïde.

Après avoir étudié avec soin ces modifications, M. Rosenstein fait l'histoire de la stéatose rénale, aborde la néphrite circonscrite, suppurée ou métastatique ; puis, après avoir exposé la pyélite et la pyélonéphrite, l'hyronéphrite et la périnéphrite, il consacre ses derniers chapitres aux tumeurs des reins, à la lithiase rénale, aux

(1) Chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine. Prix, 10 fr.

entozoaires, à l'hypertrophie des reins, et termine son œuvre par l'étude du déplacement des reins et l'étude des lésions des artères et des urines rénales.

On voit par cette énumération ce que l'on peut demander au *Traité* du professeur Rosenstein. La traduction de son livre est un service que MM. Bottentuit et Labadie-Lagrave ont rendu à la science, et le praticien leur saura gré de la traduction *très-française* qu'ils ont su faire de cette œuvre remarquable.

MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 décembre 1874.

Présidence de M. Devergie.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national.

La commission propose : en première ligne, M. Coze (de Nancy); — en deuxième ligne, M. Jacquez (de Lure); — en troisième ligne, M. Guipon (de Laon); — en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Berchon (de Pauilhac), Burdel (de Vierzon), et Dechaux (de Montluçon).

Le nombre des votants étant de 68, dont la majorité est 35, M. Guipon obtient 47 suffrages, M. Coze 17, M. Burdel 2, M. Berchon 1, M. Jacquez 1.

En conséquence, M. Guipon ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national.

Remèdes secrets. — M. Jules Lefort lit une série de rapports sur des remèdes secrets et nouveaux.

A l'occasion d'un ces rapports, M. Larrey fait remarquer que le rapporteur de la commission des remèdes secrets est obligé de se livrer à des analyses et à des appréciations sur des sujets indignes d'occuper l'attention de l'Académie. Il demande, en conséquence, que désormais la commission soit armée du droit de faire un choix dans les notes adressées à l'Académie relativement aux remèdes secrets et nouveaux, et d'élaguer celles qui ne présentent rien de sérieux.

M. Depaul fait observer qu'il pourrait y avoir des inconvénients graves à laisser à la discrétion de la commission le droit de faire ou de ne pas faire de rapport sur tel ou tel remède proposé ; il demande, en conséquence, que la question posée par M. Larrey soit renvoyée à l'examen du conseil d'administration, qui avisera.

La proposition de M. Depaul, mise aux voix, est adoptée.

Cataplasmes de fucus crispus. — M. Jules Lefort, continuant la lecture de la série de ses rapports, mentionne une note adressée par M. Lelièvre, pharmacien, qui propose de remplacer les cataplasmes ordinaires, faits avec de la farine de lin, par une substance extraite du *fucus crispus* qu'il prépare, et que l'on peut conserver sous forme de feuilles de carton. Pour l'employer, on n'a qu'à tremper dans l'eau chaude la feuille ou un morceau taillé de grandeur suffisante ; la substance se gonfle rapidement, se ramollit et devient propre à être immédiatement employée en cataplasme. Ces nouveaux cataplasmes ont été expérimentés dans plusieurs services chirurgicaux des hôpitaux de Paris, à la satisfaction des chirurgiens et des malades.

M. le rapporteur propose, en conséquence, de répondre à M. le ministre que les cataplasmes de *fucus crispus* méritent d'attirer l'attention des praticiens, et surtout des services hospitaliers civils et militaires.

M. Gosselin a essayé dans son service les cataplasmes de *fucus crispus*, et il leur a reconnu deux avantages sur le cataplasme de farine de lin : 1° de ne pas se dessécher ; 2° de ne pas glisser.

M. Verneuil a eu également l'occasion d'expérimenter ces cataplasmes dans son service, et il leur a reconnu les avantages signalés par M. Gosselin ; en outre, ces cataplasmes ne s'altèrent pas et ne répandent pas de mauvaise odeur ; on peut les laisser plus de douze heures en place sans inconvénient. Enfin, ils ne fusent pas, tout en conservant leur mollesse, et ne souillent jamais ni le linge des malades ni leurs lits.

M. Demarquay a retiré de l'emploi de ces cataplasmes tous les avantages indiqués par MM. Gosselin et Verneuil ; il les croit appelés à rendre les meilleurs services dans les hôpitaux civils et militaires, ainsi que dans les ambulances.

M. Larrey partage le même avis.

M. Le Roy de Méricourt pense que les nouveaux cataplasmes seront d'un très-grand secours pour la marine. Il est, en effet, extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, de conserver, à bord des navires, le linge et la farine de lin.

M. Depaul demande quel est le prix de ces cataplasmes ?

M. le rapporteur répond qu'il l'ignore; mais il pense qu'ils seront moins chers que la farine de lin, à cause de leur inaltérabilité qui permet de les renouveler beaucoup moins souvent que les cataplasmes ordinaires.

La conclusion du rapport est mise aux voix et adoptée.

Séance du 22 décembre.

Remèdes secrets. — M. le président rappelle à l'Académie que, dans la dernière séance, elle a renvoyé à l'examen du conseil une proposition de M. Larrey, tendant à armer la commission des remèdes secrets du droit de ne pas faire de rapport sur certaines communications adressées à ce sujet à l'Académie. Le conseil a pensé que le ministre, par l'entremise duquel arrivent toutes les communications relative à des remèdes secrets, demandant l'avis de l'Académie, il est impossible que celle-ci ne fasse pas de réponse. En conséquence, l'avis du conseil est qu'il y a lieu de laisser les choses en l'état, sauf au rapporteur de la commission à faire des rapports très-succints, afin de faire perdre à l'Académie le moins de temps possible.

M. le Secrétaire perpétuel ajoute que le rapporteur de la commission des remèdes secrets n'est ordinairement appelé à la tribune que lorsqu'il n'y a rien à l'ordre du jour; la perte de temps est donc minime.

Elections. — l'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un vice-président pour l'année 1875.

Le nombre des votants étant de 67, dont la majorité est 34, M. Chatin obtient 38 suffrages; M. Bouley 5; M. Poggiale 1 ; 2 bulletins blancs.

En conséquence. M. Chatin est proclamé vice-président pour l'année 1875.

M. Henri Roger, secrétaire annuel, est confirmé par acclamation dans ses fonctions pour l'année 1875.

MM. Béhier et Broca sont élus membres du Conseil d'administration, en remplacement de MM. Chauffard et Berthelot, conseillers sortants.

Lazarets. — M. Jaccoud donne lecture de la deuxième partie du mémoire dont la première partie a été lue dans la séance du 24 novembre. Cette deuxième partie est relative au service sanitaire de Pauilhac. Il blâme non-seulement les mesures qui ont été prises en particulier à l'égard des passagers de la *Gironde*, mais encore, en général, l'ensemble des mesures sanitaires ordonnées par l'administration pour les paquebots directs arrivant de Rio-de-Janeiro avec patente brute de fièvre jaune, mais sans fièvre jaune pendant la traversée.

M. Fauvel proteste, au nom de l'administration, contre les allégations contenues dans le mémoire de M. Jaccoud et qui ne lui paraissent pas en rapport avec l'exacte réalité des faits. Il demande à lire une lettre de M. Jaccoud, dont les termes con-

trasteraient, dit-il, considérablement avec ceux du mémoire.

M. Chauffard fait observer que la protestation de M. Fauvel suffit, et qu'il n'y a pas lieu d'entrer plus avant dans l'appréciation d'un travail au sujet duquel l'auteur, étant étranger à l'Académie, n'aurait pas le droit de répondre à ses contradicteurs.

M. Fauvel insiste pour lire la lettre de M. Jaccoud.

M. le Secrétaire perpétuel fait observer que toute discussion sur le travail de M. Jaccoud est contraire au règlement qui ne permet, dans aucun cas, de débat sur un travail lu, devant l'Académie, par un membre étranger à la compagnie. Une commission est nommée pour examiner le mémoire de M. Jaccoud; M. Fauvel est désigné comme rapporteur de cette commission; il n'a qu'à hâter son rapport et il pourra, dès mardi prochain, s'il le veut, réfuter les propositions émises par l'auteur du mémoire.

Plusieurs membres de l'Académie réclament l'ordre du jour, qui est mis aux voix et adopté à la presque unanimité.

FAITS DIVERS.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 10 décembre 1874, M. le Dr Robert, médecin principal de la marine, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Faculté de médecine de Paris. — La question proposée pour le prix Corvisart en 1875 est ainsi formulée : « Des maladies du péritoine développées en dehors de la puerpéralité. »

— *Le Journal officiel* a publié le décret qui établit des facultés mixtes de médecine et de pharmacie à Lyon et à Bordeaux et institue dans la ville de Lille une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

A Lyon, dit le *Lyon médical*. M. le préfet du Rhône a nommé immédiatement une commission pour étudier l'installation de la nouvelle Faculté. Elle est composée de MM. les Drs Arthaud, Bouchacourt, Chauveau-Desgranges, Glénard, Gromier, Ollier, Teissier, Duclos et Loir, professeur à la Faculté des sciences; Hirsch, architecte en chef de la ville de Lyon; Grandval et Desmaisons, secrétaires généraux de la préfecture.

La nouvelle commission et déjà entrée en fonctions, et, grâce aux travaux de ses aînées, il lui sera possible, croyons-nous, d'achever très-rapidement sa tâche.

Le plan définitif du bâtiment sera arrêté très-prochainement et les maçons se mettront aussitôt à l'œuvre. La ville a libéralement octroyé 26,000 mètres de terrain sur le quai de la Vitriolerie; c'est un emplacement largement suffisant pour l'installation de tous les services et qui permettra même de répondre dans la suite aux exigences possibles de l'avenir.

Hôpitaux de Lyon. — A la suite d'un excellent concours, M. Aubert vient d'être proclamé chirurgien en chef de l'Antiquaille.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle en date du 1er décembre, sont désignés pour passer dans le service des hôpitaux.

MM. Mazellier, Goubeau, Lardennois, Susini, Clément, Nicole et Benoît.

— Par décision présidentielle du 6 décembre 1874, rendue sur la proposition de M. le vice-président du conseil, ministre de la guerre, la disposition qui résultait de l'application de l'article 18 du décret du 23 mars 1852, et par laquelle les médecins aides-majors de 1re classe du service régimentaire se trouvaient astreints au passage dans le service hospitalier, est et demeure abrogée.

Par application de cette décision, tous les médecins aides-majors de 1re classe appartenant au service régimentaire et qui ont été l'ojet, à l'inspection dernière, d'une proposition régulière pour le service des hôpitaux, concourront pour l'obtention du grade de médecin-major de 2e classe, s'ils réunissent toutefois les conditions stipulées à l'article 21 du décret précité.

Concours pour le prix de l'in-

ternat. — Ce concours a lieu tous les ans, du 5 au 10 novembre; on s'inscrit du 10 au 20 octobre.

Tous les internes sont tenus de prendre part à ce concours, de fournir et de lire une copie, sous peine de destitution.

Le concours prend d'abord une question écrite sur l'anatomie et la pathologie. Pour traiter cette question, il est accordé trois heures aux concurrents. Pour être admissible, il faut avoir au moins 10 points : le maximum est de 20 points.

Les quinze premiers concurrents admissibles subissent une question orale de pathologie, pour laquelle ils ont dix minutes pour réfléchir et autant pour traiter la question. Puis il y a une deuxième composition orale sur la pathologie, dans le but d'assigner un rang aux six meilleurs concurrents des deux concours précédents.

Sept membres composent le jury; il y a un président et deux suppléants.

Les concurrents sont répartis en deux divisions; la *petite division* se compose des internes de première et de deuxième année, qui concourent ensemble. Le prix consiste en une médaille d'argent.

La *grande division* comprend les internes de troisième et de quatrième année · le prix consiste en une médaille d'or. Le lauréat peut continuer, même étant reçu docteur, à être interne des hôpitaux. De plus, il peut se présenter au concours du bureau central, dès l'expiration de son temps d'internat. (Extrait du nouveau *Guide de l'étudiant* de M. Fort, année scolaire 1874-1875).

Le concours du prix de l'internat, pour l'année 1874, vient de se terminer, pour la première division, par les nominations suivantes :

Médaille d'or, M. Campenon. — Médaille d'argent, M. Homolle. — 1er mention, M. Raymond. — 2e mention, M. Bouilly.

Treize concurrents seulement ont pris part à la première épreuve, sept à la seconde et six à la dernière.

Concours de l'internat. — Le concours de l'internat, commencé en octobre 1874, a été terminé le mardi 22 décembre par les nominations suivantes :

Nomination des internes titulaires : 1 Cossy, 2 Carrié, 3 Richet, 4 Goslay, 5 Amodru, 6 Richerand, 7 Berdinel, 8 Dreyfous, 9 Loriot, 10 de Beurmann, 11 Marchat, 12 Marcot, 13 Audouard, 14 Mary, 15 Delaunay, 16 Magnant, 17 Decaisne, 18 Garsaux, 19 Dejerine, 20 Letulle, 21 Petrel, 22 Jean, 23 Jarjavay, 24 Colson, 25 Regnard, 27 Drouin, 28 Clozel de Boyer, 29 Bulteau, 30 Champtier de Ribes, 31 Davaine, 32 Hugonneau, 33 Guillemet, 34 Avezon.

Internes provisoires : 1 Boraud, 2 Devillers, 3 Bide, 4 Langlebert, 5 Noel, 6 Cruet, 7 Goetz, 8 Pachot, 9 Foucart, 10 Lataste, 11 Keynier, 12 Courton, 13 Baraduc, 14 Gipoulon, 15 Wertheimer, 16 Bouchard, 17 Ramonède, 18 Levrat, 19 Bel Jourd, 20 Doléris, 21 Tremblez, 22 Boussi- 23 Deschamps, 24 Artus, 25 Lespine, 26 Lupau, 27 Monod (Eugène), 28 Béringier, 29 Robin, 30 Daremberg, 31 Clément, 32 Charreyron.

— La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance a composé son Bureau de la façon suivante pour l'année 1875,

Président : M. Gibert, Vice-Président; Secrétaires annuels : MM. Baudoin et Dupouy ; Trésorier : M. Magnin; Archiviste : M. Machelard; Membres du Conseil de famille : MM. Donoudieu, Lanquetin et Bonvallet.

Bulletin de la mortalité à Paris (population d'après le dernier recensement de 1872, 1,851,792 habitants). *Du 4 au 11 décembre* on a constaté 854 décès, se répartissant ainsi : variole, 1; rougeole, 4; scarlatine, 0; fièvre typhoïde, 17; érysipèle, 9; bronchite aiguë, 45; pneumonie, 61; dysentérie, 3; diarrhée cholériforme des enfants, 3; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 7; croup, 15; affections puerpérales, 9; autres affections aiguës, 235; affections chroniques, 404 (dont 153 dues à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 22; causes accidentelles, 19.

Du 11 au 18 décembre, on a constaté 815 décès, savoir : variole, 2; rougeole,

5; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 20; érysipèle, 9; bronchite aiguë, 45; pneumonie, 55; dysentérie, 2; diarrhée cholériforme des enfants, 6; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 8; croup, 12; affections puerpérales, 14; affections aiguës, 202; affections chroniques, 390 (dont 140 dues à la phthisie), affections chirurgicales, 30; causes accidentelles, 17.

Nécrologie. — M. le docteur Edouard Lauth, mort à Strabourg, d'une affection du corps thyroïde.

M. le docteur Louvet, ancien chirurgien des Maisons d'éducation de Saint-Denis et d'Ecouen, médecin de la Maison de répression de Saint-Denis, officier de la Légion d'honneur, mort à Bois-Colombe, le 13 décembre, âgé de 70 ans. Après être arrivé à se faire une grande position médicale à Saint-Denis, M. Louvet eut l'idée de s'adonner à des recherches sur la conservation des céréales à l'aide du vide, pour parer aux années de disette. Il y réussit sans doute, car l'Empereur Napoéon III, persuadé que le problème était résolu, lui accorda en 1870, un prix d'un million sur sa cassette.

Malheureusement, lorsqu'il se présenta pour toucher la somme ordonnancée, la cassette impériale se trouvait vide et il fut prié de repasser au bout de quelques jours ou semaines, nous ne savons combien; mais dans cet intervalle survinrent la guerre, puis la chute de l'empire, et notre infortuné confrère ne toucha pas un rouge liard. Il avait sacrifié à son idée sa clientèle, son repos, sa santé, sa fortune, ses moyens d'existence, et l'âge était venu. Aigri par le malheur, il eut avec le chancelier de la Légion d'honneur des difficultés qui lui firent perdre sa position de médecin des Maisons de Saint-Denis et d'Ecouen. Pour comble de malheur il se fractura l'année dernière, le col du fémur. C'est probablement aux suites de cette blessure qu'il a succombé.

— M. le docteur Meunier, mort à Châteaudun, âgé de 84 ans. Après avoir fait, comme chirurgien militaire, la désastreuse campagne de Russie et la campagne de France (1814-1815), le docteur Meunier donna sa démission, en 1810, pour se fixer à Châteaudun, où il exerça la médecine avec beaucoup de succès pendant cinquante-quatre ans.

M. Meunier se distingua pendant les épidémies de choléra de 1832 et 1849, et il était chevalier de la Légion d'honneur depuis plus de trente ans.

Le 18 octobre 1870, pendant que les obus et la mitraille répandaient l'incendie dans Châteaudun, le docteur Meunier, quoique octogénaire, fit ses adieux sa famille et se rendit, au milieu d'une pluie de projectiles, dans une manufacture de la ville, qu'il érigea en ambulance. Il y resta quarante heures sans prendre de nourriture, et, lorsque, épuisé de fatigue, il voulut rentrer chez lui sa maison était réduite en cendres; elle avait été incendiée à la torche par les Prussiens. Le docteur Meunier, malgré son grand âge, continua pendant plus de trois mois à diriger l'ambulance qu'il avait créée.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Adrien Delahaye, éditeur.

Étude sur la syphilis trachéale par le Dr Alfred Rey. In-8°, 2 fr.

La Jeune Mère, journal mensuel illustré, 2e année. Rédacteur en chef : le Dr Brochard ✻, prix : 6 fr. par an. Bureau à Lyon, 3, place Bellecour, Josserand, éditeur. Ce gracieux journal, qui a pour but d'apprendre aux Mères à élever leurs enfants et qui a reçu tant de récompenses, est indispensable aux Mères de famille, il est le complément obligé de tous les journaux que reçoivent les jeunes femmee.

Traité pratique des maladies des reins, par S. Rosensteins. In-8,° 10 fr.

Du traitement de l'obésité et de la polysarcie, par le Dr E. Philbert. In-8°, 1 fr 25.

Du calcul vésical et de la lithotritie chez les enfants, par le Dr G. Fournier. In-8°, 1 fr. 50.

Le Directeur-Gérant,
Martin-Lauzer.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (42e ANNÉE).

N° 2. — 15 JANVIER 1875.

I. CLINIQUE.— MÉMOIRES.— OBSERVATIONS.

CHRONIQUE DE LA QUINZAINE

Avanies de la pratique médicale. — Un compte datant de douze ans. — Les méfaits du chloroforme. — Médecin syphilisé, syphilisant sa cliente.

Le calme ordinaire des débats académiques a fait place pendant deux séances consécutives, celles du 22 et du 29 décembre, à des discussions fort orageuses. Il s'agit de la seconde partie du mémoire de M. Jaccoud, relative au service sanitaire de Pauillac. M. Fauvel, inspecteur des établissements sanitaires, a pris fait et cause pour le personnel de cette administration. Nous renvoyons aux comptes rendus pour les détails de cette discussion, souvent dégénérée en arguments *ad hominem*. Ce qui résulte de plus clair, c'est que l'administration sanitaire ne peut disposer que des ressources que l'Etat lui donne, et que c'est au pays à remédier à leur insuffisance.

* *
*

Les journaux de médecine sont remplis, depuis quelque temps, de relations d'avanies arrivées à des praticiens, et la plus commune est celle de n'être pas payé. L'*Union médicale* donne l'histoire d'un procès qui intéresse directement les médecins, et dont la solution lui semble si curieuse qu'elle croit devoir l'éclairer de toutes les lumières de la publicité. Nous lui donnerons donc aussi la nôtre.

La scène s'est passée dans une région peu éloignée de Paris.

« Le docteur B... réclamait, depuis douze ans, une modeste somme de 56 francs pour soins donnés à un client très-solvable. Ne pouvant rien obtenir, il se décida enfin à citer son ingrat client devant le juge de paix de son canton. Le juge reconnut les droits du médecin et condamna le client réfractaire à payer la somme demandée. Mais, chose inattendue et probablement inouïe, il condamna le médecin aux frais du procès. Or, ces frais s'élevèrent à la somme de 50 francs ! Les jugements des juges de paix, quand ils ont une importance financière qui ne dépasse pas 200 francs sont sans appel. N'est-ce pas la fable de l'*Huître et les Plaideurs* mise en action? Les adversaires se sont séparés les mains et les poches vides; le fisc a tout gardé. Ce juge de paix n'a-t-il donc jamais eu besoin d'invoquer les secours de la médecine pour lui ou pour les siens? N'a-t-il pas un médecin qui lui ouvre les yeux et lui fasse comprendre tout ce qu'il y a d'injuste et d'étrange dans son verdict? Et qui peut inspirer à la magistrature ces sentiments peu bienveillants, dont je me plaignais dans un précédent feuilleton? On ne saurait trop signaler les faits de cette nature. Il importe que les médecins réagissent énergiquement. Il faut surtout qu'ils s'attachent à faire pénétrer la lumière de la vérité dans les esprits, à l'en-

droit des services rendus par le corps médical. »

Ces réflexions sont fort justes; mais on peut faire observer à cette occasion que notre confrère ne devait guère s'attendre à un meilleur résultat, et qu'il a été même assez heureux que son indélicat client n'ait pas invoqué la prescription, probablement par ignorance de cette loi protectrice des débiteurs de mauvaise foi. Notre confrère, débouté de sa demande, eût eu à payer les frais du procès sans rien toucher. Mais aussi pourquoi avoir attendu douze ans avant de recourir à dame justice ? Les clients après un temps si long oublient leur dette ou bien s'imaginent, et ont peut-être quelque droit de s'imaginer, qu'on leur en a fait remise. C'est là le cas de dire : *Medice cura teipsum.*

* *
*

Dans notre n° du 1er novembre 1874, nous avons reproduit un article d'un journal américain intitulé : *De l'influence des anesthésiques sur les impressions sexuelles chez les femmes.* La conclusion qui ressortait des faits relatés dans cet article était que les médecins ne doivent jamais administrer le chloroforme ou l'éther comme anesthésiques hors de la présence de témoins.

L'*Abeille médicale* du 14 décembre rapporte une observation qui lui a été communiquée par un dentiste de Paris et d'où ressort la même conclusion.

« Il y a environ deux ans, dit M. Vautier, que madame D..., institutrice, me fut adressée par M. le docteur Godard, afin de lui extraire deux mauvaises dents. Cette dame, d'une nature très-impressionnable et d'un tempérament nerveux, ne voulut consentir à l'opération que si on la chloroformisait. Je pris donc rendez-vous avec elle, et, au matin convenu, je m'y trouvai réuni avec son mari et M. le docteur Godard. Tout se passa très-bien avant et pendant l'opération ; mais, aussitôt réveillée, madame D... nous regarda avec des yeux pleins de colère, accabla son mari d'injures les plus grossières, puis, se tournant vers nous, elle nous lança des épithètes fort injurieuses, nous disant, entre autres choses : qu'il était indigne que des hommes tels que nous eussent permis à son mari de lui faire subir ce qui, devant témoins, devenait un mortel outrage. Nous ne comprenions rien à cette virulente sortie, lorsqu'elle finit par nous dire que, voulant sans doute tenter une expérience, elle avait parfaitement senti que son mari avait eu avec elle des rapports sexuels ; puis elle fondit en larmes. Plus nous cherchions à l'apaiser, en lui faisant comprendre son erreur, plus sa colère et son chagrin augmentaient.

Cet état dura près d'une heure, puis elle redevint plus calme, et nous fit très-froidement quelques excuses, lorsque nous nous retirâmes.

Comme bien vous pensez, cette dame n'est pas restée ma cliente; mais, depuis cette époque, j'ai eu souvent l'occasion de revoir son mari, et, il y a quelques jours à peine, il m'affirmait que madame D... était restée convaincue que le jour de l'opération il s'était passé *devant nous* quelque chose entre elle et son mari ; et qu'à certaines époques, où les sensations sont plus vives chez la femme, madame D... devient toute triste et souvent se met à pleurer en songeant à l'outrage qu'elle a cru subir, et, dans cet état, si par hasard on prononce le nom de M. Godard ou le mien, elle est prise subitement d'une rougeur et d'un tremblement dont elle n'est pas maîtresse. »

Ce cas nous en rappelle un tout à fait analogue dont nous avons été nous-même témoin. Nous avions jugé à propos d'employer le chloroforme dont la découverte était encore récente, pour nous aider à faire une application de forceps. Sous l'impression de l'anesthésique, la femme se livra, envers son mari présent, à un épanchement de tendresse conjugale des plus inopportuns. Nous fîmes vivement retirer le chloroforme et nous opérâmes aussi promptement que possible l'extraction du fœtus. Personne, dans les visites subséquentes ne fit allusion à cet incident. Nous n'avons plus depuis lors employé le chloroforme dans les accouchements.

Nous tenons d'un honorable praticien

de Paris qu'une dame de province lui a dit, qu'un médecin de sa localité en la passant au spéculum avait odieusement abusé d'elle et lui avait néanmoins fait payer la consultation. Comme nous connaissons particulièrementce médecin, nous gagerions volontiers qu'il y a encore eu là-dessous quelque méfait de chloroforme. Ce serait une nouvelle preuve qu'on ne doit point chloroformiser les femmes sans témoins.

* *
*

Un autre danger tout aussi grand de la pratique, c'est de se syphiliser soi-même en faisant un accouchement et de syphiliser ensuite une autre femme que l'on accouche.

On va voir combien il en a cuit à un médecin, par le fait suivant, rapporté dans l'*Echo de la Presse médicale*.

« Une dame, en Angleterre, vient d'intenter un procès à son médecin. Au mois de mars 1872, le Dr Davey fut appelé à soigner en couche une femme atteinte de syphilis. Malheureusement, M. Davey ignorait ce fait. Ayant sur l'index une légère écorchure, il s'inocula la maladie à son insu et continua de vaquer à ses occupations. Au mois de mai suivant, il soigna la dame en question, Mme Simpson, pendant ses couches; mais une petite déchirure du périnée, provenant de son accouchement, ne se guérit pas entièrement; la malade souffrait, se plaignait d'un écoulement, et plus tard, il se déclara une éruption secondaire bien caractérisée. Quelque temps auparavant, des symptômes secondaires s'étaient manifestés chez M. Davey; il expliqua alors à Mme Simpson et à son mari son propre état et le mal qu'il lui avait involontairement communiqué. Mme Simpson fit une convention avec M. Davey par laquelle celui-ci s'engageait à la soigner gratuitement jusqu'à ce que son entière guérison eût été certifiée par un homme compétent et indépendant. A la fin de 1873, Mme Simpson, mécontente de M. Davey, à cause de sa négligence, lui intenta un procès.

Le point le plus à considérer dans cette affaire, au point de vue médical, est la difficulté de reconnaître un chancre sur le doigt. Avant que l'éruption eût paru sur son corps, le Dr Davey avait consulté M. Jonathan Hutchinson, un des premiers syphiligraphes de Londres, qui n'était pas certain de la nature de l'ulcère qui s'était formé sur son index. Les médecins appelés par la partie adverse, MM. Coulson et Christopher Heath, furent d'accord avec M. Hutchinson sur cette difficulté. Cette conformité d'avis entre les médecins amena un compromis par lequel M. Davey consentit à donner 500 liv. st. (12,500 fr.) à Mme Simpson, pour n'avoir pas exécuté la convention établie entre eux. Le lord chief justice observa que, quoiqu'il n'y eût eu aucune faute légale et certainement aucune faute morale, le Dr Davey avait eu raison de se soumettre à faire tout son possible pour dédommager Mme Simpson du mal qu'il lui avait fait par inadvertance, et exprima l'espoir que sa carrière ne souffrirait pas de cette affaire.

Les médecins anglais font une souscription en faveur de M. Davey, pour lui témoigner leur sympathie et indemniser leur malheureux confrère des pertes d'argent, qui sont évaluées à 50,000 francs, et du temps que cette affaire lui a coûté. »

Dr H. Cotin.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX.

—

HOPITAL Ste-EUGÉNIE.

Service de M. le Dr Marc Sée.

1° Affections des os et des articulations.

a. Coxalgie. — *Appareil ouaté inamovible, silicaté.* — C'est surtout l'*immobilisation* que M. Sée met en usage au commencement, sans attendre même qu'une déviation plus ou moins prononcée du bassin se manifeste. Cette immobilisation a pour but, surtout, de triompher de la contraction musculaire qui, par son action incessante, est une des causes principales des désordres secondaires qui s'observent dans cette maladie.

Dans l'application de l'appareil il fait souvent usage du chloroforme, ce qui permet de placer le membre dans une position plus convenable et d'étendre plus facilement les muscles contracturés.

La gouttière de Bonnet donne certainement des résultats merveilleux; elle n'a qu'un inconvénient, c'est d'être d'un prix trop élevé.

Il emploie surtout *l'appareil silicaté* (carton-ouate) et le laisse appliqué de 2 mois 1/2 à 3 mois environ. Cet appareil permet de transporter l'enfant d'un lieu dans un autre, sans faire éprouver au membre affecté des ébranlements douloureux. Pour soulager le petit malade et dans un but de propreté, il fait retirer, pendant cet intervalle, deux ou trois fois l'appareil, laisse reposer l'enfant un jour ou deux, et le réapplique à nouveau. S'il survient des abcès péri-articulaires, il ne les ouvre que le plus tard possible de peur des accidents qu'entraînerait une suppuration prolongée. Il se sert pour faire l'ouverture de la poche, soit de l'aspiration (qui ne réussit pas en général d'une façon complète en raison des grumeaux existant dans le pus), soit de la simple ponction, soit plus volontiers du trocart : il ménage des ouvertures à l'appareil pour pouvoir faire dans ces abcès des injections détersives (injections iodées). Le traitement général doit être donné concomitamment pendant un temps très-long. Nous avons observé dans son service un enfant atteint de double coxalgie et chez lequel cet appareil ouaté silicaté comprenant les deux membres inférieurs et le bassin, était parfaitement supporté et avait déterminé très-rapidement une sédation dans les douleurs articulaires.

b. Fracture de l'humérus. — *Gouttière en carton.* — *Ouate.* — La réduction n'offre pas de difficulté, mais le traitement ne doit pas consister dans la position seule à cause de l'indocilité des petits malades et des phénomènes convulsifs qu'il n'est pas rare de voir survenir chez eux. Il applique immédiatement un appareil peu serré et immobilise les fragments à l'aide d'une *gouttière de carton* qui reçoit la partie postérieure du membre enveloppé préalablement dans une couche épaisse de ouate. L'avant-bras est maintenu fléchi sur le bras pendant toute la durée de la consolidation. On doit surtout éviter d'exercer une compression énergique sur la face interne du membre où se trouve le paquet vasculo-nerveux.

c. Tumeur blanche du genou. — *Immobilisation.* — *Teinture d'iode.* — *Gouttière plâtrée.* — Comme topiques appliqués sur l'articulation, il n'accorde guère une certaine confiance qu'à la teinture d'iode pure. Il condamne tout d'abord le malade au repos le plus absolu et place le membre dans un appareil immobilisateur simple constitué par une *gouttière plâtrée*, ouatée. Un peu plus tard, pour permettre la locomotion et éviter l'épuisement qui résulterait d'un séjour trop prolongé au lit, il immobilise encore le membre dans un appareil plâtré ou silicaté. Traitement général : huile de foie de morue, phosphate de chaux. Si la tumeur blanche suit une marche trop lente, il a recours à certains révulsifs locaux et surtout à la cautérisation avec le fer rouge.

d. Valgus. — *Appareil, puis ténotomie.* — M. Sée commence, sans avoir recours à aucune section tendineuse, par appliquer un appareil (attelles, ouate, plâtre ou silicate) qui reporte avec persévérance le pied en dedans en combattant l'action des péroniers : ce n'est qu'au bout d'un certain temps et lorsqu'il n'a pu corriger la difformité, qu'il en vient à la ténotomie (tendon d'Achille et des long et court péroniers). Immédiatement après la section tendineuse, il réapplique un nouvel appareil. Il insiste avec raison sur un fait étiologique qui doit modifier singulièrement le mode d'intervention chirurgicale; je veux parler des phénomènes convulsifs si fréquents dans l'enfance et qui peuvent, s'ils se répètent, déterminer des paralysies plus ou moins complètes donnant lieu accidentellement à certains pieds-bots ; la temporisation aidée d'un simple appareil plaçant le pied dans la rectitude normale suffit souvent, en ce cas, pour amener la guérison; mais si, par l'absence d'équilibre,

la rétraction des muscles persiste et avec elle la difformité, il est nécessaire d'en venir à une thérapeutique réellement chirurgicale (*ténotomie*) qui ne donne pas toujours un résultat irréprochable, bien qu'on prenne la précaution de faire porter un appareil prothétique ou celui que nous avons indiqué ci-dessus pendant un temps beaucoup plus long.

e. ARTHRITE SUPPURÉE DU GENOU. — *Amputation de la cuisse. — Modification de la méthode circulaire.* — Si l'arthrite s'accompagne de carie et de nécrose des extrémités articulaires, et a donné lieu à une suppuration décollant les masses musculaires et remontant à une hauteur considérable, il préfère l'amputation de la cuisse à la résection du genou, parce qu'en pratiquant cette dernière opération on est obligé de remonter sur le squelette au-dessus des cartilages épiphysaires, ce qui nécessairement déterminerait plus tard un arrêt dans le développement osseux et dans la longueur du membre.

Chloroformisation. Il adopte la méthode circulaire mais il l'a modifiée dans le temps qui consiste à sectionner les parties profondes. La section et la dissection de la peau étant effectuées, il tranche toutes les masses musculaires d'un seul coup de couteau et les fait rétracter fortement; alors au lieu de décrire au milieu des muscles le cône classique, il décrit de chaque côté et dans leur profondeur une incision verticale de 4 à 5 centim., qui, divisant les masses charnues, intéresse le périoste jusqu'à l'os, puis à l'aide d'un instrument mousse il détache dans toute la circonférence et relève cette membrane fibreuse avec les muscles qui y prennent insertion.

Par ce moyen, la rétraction est bien moindre, les muscles profonds restant à leur place respective et matelassant le moignon aussi bien que possible. Pansement ouaté.

A l'hôpital Ste-Eugénie les enfants, immédiatement l'opération terminée, sont pris par un infirmier et transportés sur les bras jusqu'à leur lit : on ne fait pas, à ce qu'il paraît, usage de brancards : c'est là une coutume déplorable, préjudiciable aux malades, surtout à ceux qui viennent de subir une amputation, et contre laquelle nous nous élevons énergiquement.

M. Sée fait également usage de la *méthode hémostatique d'Esmarch* et il emploie à cet effet, de préférence à la bande élastique lisse, celle qui est feutrée, qui se relâche moins facilement et comprime mieux les tissus. Chez l'enfant qui a été amputé par M. Sée, l'hémostase produite par l'application de la bande d'Esmarch a été complète et la plaie n'a pas fourni une goutte de sang pendant l'opération; mais c'est justement cet état exsangue de la surface cruentée qui n'a pas permis de procéder aux ligatures (sauf les plus volumineuses) sans enlever le boudin compresseur : or, à ce moment, l'hémorrhagie a eu lieu et le malade a perdu presque autant de sang que si on n'avait pas employé cette méthode : c'est en effet ce qui s'est présenté chez plusieurs malades que nous avons vu amputer par MM. Tillaux et de St-Germain : on est émerveillé tout d'abord de la facilité avec laquelle on conduit une opération qui s'exécute absolument, comme si on était sur le cadavre; mais on est obligé en retirant la compression pour lier les vaisseaux de faire perdre au malade le bénéfice de ce procédé. C'est là, à notre avis, un grand inconvénient et peut-être vaudrait-il mieux, à l'exemple du Dr Mollière, de Lyon, ne pas s'évertuer à produire une hémostase absolue, mais se contenter de ralentir la circulation, ce qui permettrait au chirurgien de trouver les vaisseaux coupés plus facilement et avec plus de rapidité.

2° Plaies et fractures compliquées.

PLAIES. — FRACTURES AVEC PLAIES. — *Pansement à l'alcool. — Appareil à irrigation continue d'alcool.* — M. Sée a obtenu de très-heureux résultats par les alcooliques dans le traitement des solutions de continuité de diverses natures. Depuis les travaux de Batailhé (de l'alcool et des composés alcooliques en chirurgie),

de Nélaton, de de Gaulejac (du pansement des plaies par l'alcool. Th. Paris, 1864) et de bien d'autres, ce mode de pansement occupe une place considérable dans la thérapeutique chirurgicale. M. M. Sée ne compte pas beaucoup sur l'alcool pour la réunion immédiate des plaies et il croit que M. Batailhé s'est peut-être exagéré l'action de ce topique. Il prévient, selon lui, les accidents des plaies, contribue à arrêter l'hémorrhagie des petits vaisseaux dont il crispe les parois; il entretient la fraîcheur et la propreté, donne aux tissus un bel aspect de vitalité; mais il n'accélère pas la cicatrisation, comme l'ont avancé plusieurs observateurs. Le pansement alcoolique retarderait plutôt la formation des bourgeons charnus (thèse de de Segogne, emploi de l'alcool dans le pansement des fractures compliquées de plaies, 1867); au lieu d'être fongueux, mollasses, les bourgeons qui se développent sont petits, séreux, coniques, ont une coloration d'un rose vif et sont propres à la guérison des plaies : en un mot, ils sont en médiocre quantité, mais en revanche ils sont de très-bonne qualité. Tant qu'il y a certains accidents à craindre, surtout pour les fractures compliquées, M. Sée applique le pansement à alcool; mais lorsqu'il veut accélérer la cicatrisation il le laisse de côté et préfère le pansement simple.

Il emploie de préférence l'alcool rectifié à 30° pur et quelquefois, suivant les indications, mélangé d'eau : il ne se sert pas de l'alcool camphré.

L'appareil à irrigation continue d'alcool qu'il a imaginé et présenté à l'Académie il y a sept ans, a le grand avantage, sur les autres méthodes d'application de l'alcool, de régulariser et de graduer l'irrigation et de la maintenir continue.

Voici les différentes pièces dont se compose cet appareil à la fois simple et ingénieux.

1° *Flacon en verre* (1 litre) suspendu de façon à ce que le goulot se trouve renversé en bas.

2° *Tube en caoutchouc*, d'une longueur de 2 mètres environ conduisant le liquide et vissé au goulot au moyen d'une monture en cuivre.

3° Ce tube se bifurque au niveau de son extrémité libre et à chacune des branches de bifurcation se trouve annexé un petit *robinet* qui permet de régler la quantité d'alcool qu'on veut laisser couler sur la plaie.

4° Chacun de ces petits tubes secondaires se termine par une petite boule en cuivre percée à son centre d'un trou de la grosseur d'une fine aiguille.

6° Pour favoriser la descente du liquide et augmenter la pression à la surface de ce dernier, un *tube de fer* pénètre jusqu'au fond du flacon.

3° Affection de l'œil et du sac lacrymo-nasal.

a. Fistule lacrymale. — *Flèche de chlorure de zinc.* — Supprimer la suppuration du sac en remplaçant par une membrane cicatricielle la muqueuse altérée de ce conduit, tel est le principe général sur lequel se fonde ce chirurgien pour préconiser comme traitement de la fistule lacrymale, la *cautérisation* à l'aide d'une flèche de pâte de Canquoin dans l'intérieur du trajet fistuleux. En effet, il faut d'après les nombreux faits cliniques connus, renoncer à croire que la guérison s'effectue toujours, dans cette maladie, parce que le conduit est redevenu perméable. En effet, chez un grand nombre de personnes atteintes de cette infirmité et où la dilatation a été suivie de succès, la désobstruction ne persiste pas, le canal se rétrécit à nouveau, ce que prouve l'impossibilité de faire cheminer une injection dans les voies lacrymales; mais la guérison n'en a pas moins lieu d'une façon générale. Lorsqu'un sac lacrymal s'est rétréci et obstrué, il se rétrécit et s'obstrue toujours. Nous ne devons pas, par conséquent, dans le traitement de cette affection et dans la majorité des cas, adopter cette idée que l'*indication à remplir dans le traitement de la fistule lacrymale est de désobstruer le canal.* Ce qui est le point capital, au contraire, est de chercher, soit à modifier la muqueuse par des injections et à y provoquer une inflam-

mation substitutive, si on a affaire à un simple catarrhe du sac, soit plutôt à en *favoriser l'obstruction*, c'est-à-dire à revenir à la cautérisation remise en vigueur par L. Nannoni, puis érigée en méthode par Delpech.

Pour détruire cette membrane muqueuse du sac, ou au moins pour la remplacer par une surface moins secrétante et très-probablement de nature cicatricielle, c'est à la cautérisation que l'on doit s'adresser. M. Desmarres, comme on sait, emploie le fer rouge (cautère en bec d'oiseau); M. Gosselin donne la préférence au beurre d'antimoine dont Magne avait déjà fait usage en pareille circonstance (de la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal. *Un. médic.* 3 fév. 1857). Follin faisait usage du chlorure de zinc et c'est également ce caustique qu'emploie M. Marc Sée, parce qu'il lui paraît être doué d'une puissance bourgeonnante très-grande qu'il imprime aux parois du sac, en second lieu parce qu'il est d'une grande facilité dans son mode d'application, enfin parce qu'il met peut-être plus à l'abri d'accidents et de récidives que les autres méthodes.

b. Kératite. — *Laudanum.* — *Atropine.*—*Sulfate de soude.*—*Compression.*— D'une façon générale les moyens thérapeutiques varient suivant l'espèce d'inflammation à laquelle le chirurgien a affaire et surtout suivant la cause le plus souvent générale qui l'entretient. Une précaution qui est indispensable est de soustraire l'œil à la lumière : M. Sée y satisfait en établissant sur les paupières fermées une *légère compression* avec la ouate ; avant de faire cette compression il instille dans l'œil 2 ou 3 gouttes de *laudanum* dont l'absorption incessante à la surface de la cornée détermine une modification heureuse dans les opacités récentes de cette membrane et aide à la résorption des granulations. Il n'a pas recours aux cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, mais il se sert, surtout si c'est la conjonctivite qui prédomine, de quelques gouttes du collyre au sulfate de zinc (10 c. p. 30) additionné ou non de sulfate neutre d'atropine. Ce traitement doit se continuer pendant plusieurs jours, et M. Sée lui associe généralement les frictions péri-orbitaires avec la pommade belladonée. Révulsifs généraux. Traitement tonique.

c. Taches cicatricielles de la cornée. — *Sulfate de soude.* — Afin de produire sur la membrane cornéenne des phénomènes nutritifs qui ont pour résultat la résorption plus ou moins prononcée des taches, M. Sée emploie le *sulfate de soude* dont le degré d'irritation est modéré mais suffisant. Il ne s'en sert pas toutefois d'une façon continue, mais bien intermittente de peur de déterminer un résultat opposé à celui qu'il désire obtenir.

4° Affections kystiques.

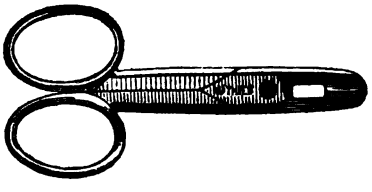
a. Kyste thyroïdien. — *Ponction et injection iodée.* — Si l'accroissement en est rapide, il y a lieu de craindre la suffocation et d'intervenir pour corriger la difformité. Il n'a qu'une médiocre confiance dans l'application de l'iode sur la tumeur et de son administration à l'intérieur ; car le plus souvent ce médicament n'agit que lorsqu'on a affaire à un goître parenchymateux et n'exerce aucune influence sur les kystes de la glande thyroïde. Il préfère, comme opération, la ponction suivie de l'injection iodée qui ne réussit pas aussi souvent que pour l'hydrocèle, mais qui, dans la moitié des cas environ, donne des résultats satisfaisants. Il fait la ponction avec un petit trocart après avoir ou sans avoir préalablement ouvert les téguments avec la pointe d'un bistouri. L'injection est faite avec la *teinture d'iode pure* qu'il laisse séjourner pendant quelques minutes dans la poche. Par cette opération qui évite les suppurations graves du cou auxquelles exposent les incisions, M. Sée se propose de déterminer dans la cavité kystique une inflammation plastique, ayant pour résultat l'oblitération de la poche ou tout au moins de produire à sa surface interne une modification qui arrête la sécrétion et conduit l'affection à un état stationnaire. Nous avons vu dans son service un petit garçon opéré de cette manière et complétement guéri.

b. Kyste dermoïde. — *Dissection.* — *Cautérisation.* — L'incision faite sur la poche ne pénètre pas jusque dans sa profondeur; on dissèque ensuite les lèvres de l'incision avec des pinces à griffes en isolant le kyste et cherchant à l'enlever. Si on l'ouvre, dans ce premier temps, comme cela arrive presque toujours, on en saisit les parois que l'on dissèque le plus complétement possible. Immédiatement après, M. Sée cautérise l'intérieur avec l'extrémité d'un crayon de nitrate d'argent. Il préfère cette méthode à la cautérisation avec la pâte de Vienne qui est plus longue et donne lieu à des cicatrices plus difformes.

c. Hydrocèle. — *Injection iodée.* — M. Sée ne croit pas beaucoup à la guérison spontanée de l'hydrocèle chez l'enfant; il pense aussi que la simple ponction est insuffisante la plupart du temps et comme il ne regarde pas, contrairement à l'avis de bien d'autres chirurgiens, comme fréquente la communication vagino-péritonéale, il traite l'hydrocèle de la très-jeune enfance comme celle des adultes. Il prend toutefois la précaution, pendant qu'il opère, de faire tenir la main d'un aide sur l'anneau du côté malade et pratique l'injection avec la teinture d'iode pure.

5° Affections des lèvres.

Bec-de-lièvre (simple, unilatéral). — *Un seul lambeau.* — *Ciseaux particuliers dits à boutonnière.* — Les ciseaux représentés, dans la figure ci-jointe, et qui ont été imaginés par M. Sée, ont pour but de pratiquer l'avivement des bords de la solution de continuité, d'un seul coup, et en ménageant en même temps une base adhérente au lambeau qui se trouve taillé.



Leurs lames ne sont tranchantes que dans la partie antérieure (près de la pointe); à la partie postérieure ces lames manquent et sont remplacées de chaque côté par le dos de l'instrument qui se continue avec l'entablure : il existe donc entre les lames et le point d'entrecroisement des branches un espace vide, une sorte de *boutonnière*; il en résulte que la section des tissus ne porte que sur la partie la plus éloignée, tandis que ceux qui se trouvent en bas ne sont pas intéressés. Généralement M. Sée se contente de tailler un seul lambeau restant adhérent au niveau du bord libre : il avive l'autre bord verticalement, puis horizontalement, et réunit le lambeau abaissé avec la portion cruentée horizontale de l'autre côté. Cette taille du lambeau et les deux avivements correspondants se font en trois coups des ciseaux à boutonnière et cela avec une précision presque mathématique. Il fait ensuite la suture entortillée.

Dr Gillette.

Épidémiologie.

Constitution médicale à Paris et dans quelques villes de France et de l'étranger, pendant l'année 1874 (1).

Revue analytique des traitements les plus généralement employés dans les hôpitaux pendant cette même période.

Juillet. — *Paris.* — La température moyenne y a été très-élevée, 21° 4, mais toujours avec des écarts très-considérables, 13° 9 entre les maxima et les minima. La pression barométrique moyenne a été de 756 mill. avec prédominance marquée des vents d'ouest et pluies plus abondantes que dans les mois précédents; la hauteur au pluviomètre a atteint 54 mill. 9.

Les affections diphthéritiques sévissent toujours avec une grande fréquence et une mortalité de plus de 50 pour cent. Les érysipèles ont présenté une assez grande fréquence de même que les rougeoles.

Dans les campements suburbains, sur-

(1) Suite. Voir le dernier numéro.

tout du côté de Meudon, les médecins militaires ont constaté une grande quantité de fièvres intermittentes à type tierce, caractérisées par leur ténacité et les complications d'anémie profonde avec engorgement de la rate et tous les signes de la cachexie palustre. La plupart des hommes ont eu plusieurs récidives. De même que le mois précédent les affections rhumatismales continuent à se montrer avec une fréquence et une gravité tout à fait insolites. Dans plus de la moitié des cas on trouve des complications cardiaques et quelques cas de rhumatisme cérébral.

Rouen. — Les cas de fièvre typhoïde commencent à diminuer ainsi que les cas de diarrhée et d'entérite. La constitution médicale est toujours remarquable par la grande quantité de rhumatismes articulaires aigus avec complications cardiaques. Pas de fièvres éruptives.

Havre. — Très-peu de fièvres éruptives et d'affections des voies respiratoires. Les affections abdominales sont d'une fréquence plus qu'ordinaire. Elles se caractérisent par de l'embarras gastro-intestinal dans l'âge adulte, et par de la diarrhée cholériforme, souvent funeste, chez les enfants.

Lyon. — Les fièvres typhoïdes ont un peu diminué. Très-grande fréquence des affections des voies digestives.

Bordeaux. — Mortalité générale faible, quelques cas de varicelle. L'épidémie de rougeole touche à sa fin. Petit nombre d'angines diphthéritiques. M. Gintrac a remarqué, en assez grand nombre, des accidents chez les malades atteints d'affections cardiaques anciennes. Les entérites simples sont très-nombreuses, les cas de choléra infantile très-fréquents chez les enfants mal nourris. Deux ou trois cas de choléra nostras. Rhumatismes articulaires toujours fréquents.

Londres. — La température est très-élevée et le temps très-sec, pas de pluie. La diarrhée qui avait commencé à devenir très-fréquente à la fin du mois dernier devient de plus en plus fréquente et pernicieuse : on a compté jusqu'à 389 décès par diarrhées, à Londres, dans une seule semaine. Les scarlatines continuent avec une prédominance marquée, les coqueluches diminuent un peu. La mortalité générale n'est pas très-élevée.

Dublin. — La mortalité est toujours élevée surtout par la scarlatine. Au commencement de juillet il y avait un certain nombre de fièvres typhoïdes, mais elles deviennent moins graves à la fin du mois. Les diarrhées commencent à acquérir une plus grande fréquence ainsi qu'une mortalité plus forte. Température élevée.

Belfast. — L'épidémie de variole continue et fournit le dixième de la mortalité générale. Les diarrhées commencent à occasionner aussi un certain nombre de décès.

Aout. — *Paris.* — La température moyenne est un peu diminuée, 18° 1 ; sécheresse considérable, prédominance des vents d'ouest ; mais les variations de température sont moins grandes, très-peu de pluies, la hauteur au pluviomètre n'est que de 24^{mm} 1 et la hauteur moyenne du baromètre de 756^{mm} 2.

Les affections diphthéritiques ont présenté une fréquence inusitée en cette saison et une mortalité excessive sur le croup. La fièvre typhoïde s'est brusquement relevée à la fin de l'été, surtout la forme muqueuse, mais sans atteindre en fréquence ni en gravité la moyenne des années précédentes. Différents traitements ont été employés contre cette affection ; nous nous proposons de les analyser et d'en donner les résultats dans un chapitre spécial à la suite de cette étude sur la constitution médicale. Les rhumatismes articulaires deviennent un peu moins fréquents, mais les pneumonies conservent une moyenne supérieure à celle des années précédentes. Les entérites et les diarrhées n'offrent rien de particulier à signaler.

Rouen. — Deux cas de choléra sporadique ont parfaitement guéri. Les fièvres typhoïdes deviennent de plus en plus rares. Pas un seul cas de variole. Rhumatismes articulaires toujours assez fréquents. Les affections des voies digestives sont très-rares.

Havre. — Les affections abdominales présentent toujours une certaine fréquence,

moins cependant que pendant le mois de juillet. Les fièvres typhoïdes deviennent plus communes et se caractérient, ce qui permet à M. Lecadre d'user avec beaucoup de succès du sulfate de quinine.

Bordeaux. — Les rhumatismes articulaires aigus sont toujours très-fréquents. Les entérites et le choléra infantile sont très-nombreux, mais sans présenter une grande mortalité. La fièvre typhoïde fait son apparition en ville et surtout dans les villages voisins, sans cependant présenter de foyers bien certains et bien limités. Elle affecte, en général, la forme adynamique et bénigne. Quelques essais de traitement par les bains froids donnent de bons résultats. Dans une localité voisine de Bordeaux, la fièvre typhoïde affecte la forme ataxique et donne une proportion assez considérable de décès.

Londres. — Le nombre des diarrhées devient de moins en moins considérable et les décès par cette maladie ne s'élèvent plus qu'à cent pendant la dernière semaine. Par contre l'épidémie de scarlatine s'accentue davantage et tend, à la fin du mois, à prendre des proportions considérables. La mortalité générale n'est pas élevée. La température a baissé d'une manière sensible. Température moyenne, 16 à 18° centigrades. Fortes pluies.

Dublin. — La scarlatine, qui avait baissé à Dublin pendant le mois de juillet, redevient plus fréquente et plus meurtrière; on y signale aussi un certain nombre d'entérites et de fièvres typhoïdes, ainsi que quelques cas d'affections diphthéritiques. La mortalité générale y est assez élevée.

Belfast. — Toujours de nombreux cas de variole et de nombreux décès. La scarlatine y fait aussi d'assez grands ravages. Peu de fièvres typhoïdes. La mortalité générale y est considérable.

A Limerick, il y a depuis quelque temps une véritable épidémie de scarlatine quoique la mortalité n'y soit pas très-élevée.

SEPTEMBRE. — *Paris.* — La température est assez égale et la moyenne de 16°1; les vents d'ouest et du sud ont prédominé. La hauteur moyenne du baromètre est égale à 755mm8 et la quantité de pluie plus forte que les mois précédents et que les années précédentes à pareille époque. La hauteur au pluviomètre pour le mois a été de 68mm1.

Les pleurésies et les rhumatismes ont continué à se montrer avec une fréquence exceptionnelle, ainsi que toutes les affections qui dérivent de la diathèse rhumatismale. Les affections diphthéritiques continuent à présenter la même gravité et presque exclusivement chez les enfants. La mortalité par cette maladie est presque le double de celle du mois d'août, quoique présentant déjà le mois dernier un assez grand degré de fréquence. Les pneumonies ont beaucoup diminué et les fièvres typhoïdes ne se montrent que dans quelques cas isolés. La fin de l'été a été caractérisée par un certain nombre de dysentéries, mais plutôt dans le mois d'août que dans le mois de septembre.

Senlis. — Les fièvres typhoïdes, qui se montraient toujours très-fréquentes à cette époque de l'année à Senlis et dans les environs, n'ont présenté cette année qu'un très-petit nombre de cas et surtout la forme muqueuse.

Louvres. — Il y a eu pendant ce mois une petite épidémie de fièvres typhoïdes à forme muqueuse avec phénomènes gastriques très-accentués. La médication par les bains tièdes a donné des résultats excellents. Beaucoup d'affections rhumatismales pendant toute l'année.

Rouen. — La fièvre typhoïde n'est plus représentée que par quelques cas isolés. Très-peu d'affections des voies respiratoires, pas de fièvres éruptives. Les rhumatismes se présentent encore en assez grand nombre.

Havre. — Les affections abdominales disparaissent. A la suite de variations assez brusques de température à la fin du mois, les affections des voies respiratoires et surtout les bronchites et les pneumonies commencent à se montrer.

Bordeaux — La fièvre typhoïde continue à se montrer avec la forme adynamique. Les fièvres intermittentes deviennent plus nombreuses. Les cas de rhumatisme articulaire sont assez fréquents; c'est la forme subaiguë qui domine.

Londres. — Par suite d'une température plus élevée pendant les premiers jours de septembre, la diarrhée subit une légère recrudescence au commencement du mois; mais cet état ne dure qu'une semaine et le nombre des cas diminue progressivement pour disparaître presque entièrement à la fin du mois. Par contre la scarlatine prend des proportions plus fortes, surtout pendant la 3e semaine, où le chiffre des décès par cette seule maladie atteint 107 pour la semaine. Les autres affections ne présentent rien de particulier. Température moyenne, 12 à 13° — fortes pluies. Vent de l'ouest et du sud-ouest.

Dublin. — Les scarlatines continuent à présenter une fréquence et une mortalité exceptionnelles. Quelques cas de fièvre typhoïde.

Belfast. — La variole y continue ses ravages. La scarlatine y est aussi très-fréquente et très-meurtrière. La diarrhée a aussi, pendant deux semaines, sévi avec une certaine fréquence et occasionné de nombreux décès chez les enfants.

OCTOBRE. — *Paris.* — Le temps a été plus beau et plus sec que pendant le mois de septembre. La température s'est maintenue à un degré assez élevé et les variations entre les maxima et les minima peu considérables. Aussi les bronchites et les pneumonies ont-elles été moins fréquentes et moins graves qu'elles ne le sont généralement à cette période de l'année. Des affections diphthéritiques ont continué à sévir, mais avec une mortalité plutôt un peu plus faible que le mois précédent. Les fièvres typhoïdes se montrent toujours en nombre assez restreint, la plupart présentaient une forme plus sérieuse et des accidents plus grands que dans le mois de septembre. Plusieurs cas d'érysipèles, mais le plus grand nombre sans complication. Les affections rhumatismales sont encore très-communes, mais leur nombre tend à baisser de jour en jour. En général la mortalité n'est pas très-élevée. Quelques grippes et quelques bronchites.

Rouen. — Le nombre des fièvres typhoïdes a un peu augmenté, mais sans présenter de véritable épidémie; dans la plupart des cas il y a eu complication d'hémorrhagie intestinale sans que pour cela la mortalité se soit augmentée. Les phlegmasies thoraciques commencent à devenir plus fréquentes.

Havre. — Les affections des voies respiratoires, bronchites et pneumonies, qui avaient commencé à se montrer à la suite des variations brusques de température du mois dernier, deviennent plus fréquentes, mais sans présenter beaucoup de gravité.

Bordeaux. — Beaucoup de névralgies. Cas plus nombreux de pneumonies. Quelques pleurésies, dont un certain nombre traitées avec succès par la thoracentèse.

Angleterre. — L'épidémie de scarlatine, qui jusqu'à présent paraissait vouloir se localiser à Londres, à Dublin et à Belfast, tend à se généraliser dans toutes les villes importantes de l'Angleterre. Dans les quinze villes principales de ce pays, la mortalité par cette maladie a dépassé trois cents par semaine. Les villes les plus éprouvées sont Liverpool, Dublin et Londres.

A Birmingham il y a une assez grande quantité de varioles assez graves.

Les diarrhées ont complétement cessé à Londres.

Les fièvres typhoïdes sont rares et bénignes dans toute l'Angleterre.

NOVEMBRE. — *Paris.* — Le temps a été très-pluvieux et très-variable. Tempêtes assez fréquentes et quelques gelées. Sur les côtes il y a eu de très-fortes bourrasques surtout à la fin du mois.

Par suite des variations de temps les grippes et les bronchites ont été très-fréquentes. Chez les vieillards les bronchites ont présenté une certaine gravité. Les peumonies se sont aussi présentées en nombre plus considérable que l'année dernière à pareille époque. La fièvre typhoïde se présente avec moins de fréquence que pendant le mois précédent; mais les cas sont généralement plus graves et prennent dans le plus grand nombre de cas la forme ataxique. Très-peu de fièvres éruptives. Cas plus fréquents d'é-

rysipèle au commencement, mais décroissance sensible du nombre des cas à partir de la troisième semaine. Le rhumatisme articulaire devient de moins en moins fréquent, mais chez les rhumatisants les douleurs sont très-communes, et les sciatiques se voient en assez grand nombre. Fréquence assez grande des laryngites et des amygdalites.

Havre. — Les affections des voies respiratoires sont toujours très-fréquentes. Les bronchites ne sont pas très-graves, mais les pneumonies présentent une mortalité assez élevée.

Angleterre. — L'épidémiede scarlatine, tout en diminuant dans les principales villes de l'Angleterre, fait encore de nombreuses victimes.

Londres. — La mortalité par la scarlatine est de cent environ par semaine.

Dublin. — L'épidémie reste stationnaire pendant le mois de novembre. La dixième partie des décès est encore due à la scarlatine.

Belfast. — Il y a plutôt recrudescence de l'épidémie de scarlatine, on peut attribuer près de 50 pour cent des décès à cette maladie.

Birmingham. — Il y a toujours un grand nombre de varioles très-confluentes et très-graves dans la plupart des cas.

DÉCEMBRE. — *Paris.* — Le froid commence à devenir plus sensible; pluies pendant la première moitié du mois et quelques tempêtes. A partir du milieu du mois le temps se met à la neige et il en tombe de grandes quantités surtout dans le nord de Paris.

Les grippes sont excessivement fréquentes, ainsi que les laryngites et les bronchites. Les emphysémateux sont sujets à de violents accès d'oppression. Les pneumonies sont assez nombreuses, mais sans présenter une plus grande mortalité que l'année dernière à pareille époque.

Quelques cas de variole commencent à se montrer, mais sans caractère épidémique. Pas de scarlatine et petit nombre de rougeoles. Les affections diphthéritiques et le croup ne présentent pas une fréquence très-grande, mais avec mortalité relative considérable. D'une manière générale le nombre des décès est plus considérable à Paris qu'il ne l'était l'année dernière à pareille époque.

Pour la province et l'étranger, je n'ai pas encore reçu les renseignements du mois de décembre; je me propose de les donner dans la seconde partie de cette étude. Cette seconde partie sera consacrée à l'étude analytique des principaux traitements mis en usage dans les hôpitaux pendant l'année 1874.

Dans le courant de l'année 1875, je me propose de donner chaque mois le bulletin de la constitution médicale pendant le mois précédent; mais pour que ce bulletin présente un intérêt, il faudrait qu'un certain nombre de médecins voulussent bien m'envoyer chaque fin de mois, ou au plus tard les trois premiers jours du mois suivant, les renseignements sur la constitution médicale.

(*A suivre.*)

Dr P. CADIER.

OBSTÉTRIQUE.

De l'accouchement prématuré artificiel.

L'accouchement prématuré artificiel est la plus belle conquête que l'art obstétrical ait fait depuis l'invention du forceps. Comme cet instrument, il sauvegarde la vie de la mère et la vie de l'enfant. En outre, il a cet avantage sur le forceps d'être mis en usage dans des cas où cet instrument ne pourrait être employé sans danger de mort pour l'enfant et de graves lésions pour la mère; dans les angusties pelviennes considérables, par exemple, l'accouchement prématuré artificiel a encore un avantage immense sur le forceps, c'est qu'il prédispose la femme qui y a été soumise à accoucher spontanément, à ses grossesses subséquentes, au terme de la gestation auquel on l'avait fait accoucher précédemment (Ob. 1 et 17). La matrice s'habituant à se débarrasser de son contenu à cette époque de la gestation, comme cela a lieu pour les avortements qui récidivent toujours au même terme.

Ce fut l'anglais Macaulay qui, le premier, en 1755, proposa l'accouchement prématuré artificiel, pour un cas d'angustie pelvienne et l'exécuta en 1756, les accoucheurs les plus autorisés d'Angleterre ayant décidé que cette opération devait être pratiquée lorsque l'enfant était viable.

Déjà, cependant, quelque chose d'analogue, l'accouchement forcé, avait été exécuté en France par Louise Bourgois, sage-femme de Marie de Médicis, et par Guilmeau dans les cas d'insertion du placenta sur le col utérin. C'est par ce procédé, qu'en 1599, Guilmeau sauva Mme Simon, fille d'Ambroise Paré, atteinte d'une hémorrhagie, suite de l'implantation du placenta sur le col utérin. En février 1868, j'eus recours à ce moyen pour délivrer Mme G..., atteinte d'une hémorrhagie grave, avec rupture des membranes, entre le 6e et le 7e mois d'une 4e grossesse. Je donnerai ailleurs cette observation avec tous ses détails.

Puzos perfectionna l'accouchement forcé de façon à en faire presque un accouchement prématuré artificiel. Il conseille d'introduire successivement dans l'orifice utérin les doigts les uns après les autres, de procéder à cette introduction lentement et à plusieurs reprises, laissant un temps de repos entre chaque tentative d'introduction. Cette façon d'agir excite l'utérus et fait entrer cet organe en contraction. Que font de plus actuellement les dilatateurs mécaniques? On pourrait donc, avec raison, regarder Puzos comme l'inventeur de l'accouchement prématuré artificiel.

Dans les cas d'hémorrhagies utérines graves et compromettant la vie de la femme enceinte, cette façon d'agir était admise par tous les praticiens français du commencement du 19e siècle; mais l'accouchement prématuré artificiel dans les cas d'angustie pelvienne était repoussé comme immoral par les accoucheurs les plus autorisés de Paris. Baudelocque, Capuron, Gardien, Mesdames La Chapelle et Boivin lui firent une opposition systématique, le confondant sciemment avec l'avortement.

Cette pratique était déjà générale en Angleterre, en Allemagne et même en Italie, qu'en France il n'en était question que pour la rejeter. Cependant quelle belle conquête pour l'obstétrique! Par son moyen, dans les cas où à terme l'on est obligé de tuer l'enfant (crâniotomie) ou trop souvent de voir succomber la mère (hystérotomie), l'on peut sauver la mère et son enfant en agissant à un moment donné.

L'on ne doit, en effet, donner le nom d'accouchement prématuré artificiel qu'à celui qui s'exécute à une époque où le fœtus est viable; pratiqué antérieurement à cette époque, ce n'est qu'un avortement, avortement qui peut être nécessaire dans quelques cas pour sauvegarder la vie de la mère, mais qui est toujours mortel pour le fœtus.

L'autorité religieuse, consultée à cet égard, a rendu une décision qui permet l'accouchement prématuré artificiel lorsque le fœtus est viable, mais qui s'y oppose lorsqu'il ne l'est pas, vu que ce ne serait alors qu'un avortement; or si l'accouchement prématuré artificiel est licite, l'avortement provoqué ne l'est pas.

Du reste, depuis la mémorable discussion qui eut lieu en 1852 à l'Académie de médecine de Paris à ce sujet, discussion à laquelle Cazeaux prit tant de part, je pense que bien peu de médecins français rejettent encore une opération qui sauvegarde le plus souvent la vie de la mère et de son enfant.

Dans les cas d'angustie pelvienne on a voulu remplacer l'accouchement prématuré artificiel par un amoindrissement du fœtus que l'on cherche à obtenir par un régime spécial. Ce régime consiste dans l'abstinence d'aliments féculents et l'usage de la viande et des légumes herbacés. Ce régime est basé sur ce qu'Osiander a remarqué que les femmes pauvres qui vivent principalement d'aliments féculents sont sujettes à avoir de gros enfants, tandis que les femmes riches qui usent principalement de viandes et de légumes herbacés ont souvent de petits enfants.

A ce régime on ajoute des saignées répétées, des bains tièdes fréquents, de légers purgatifs et des préparations iodées. Si ce régime réussit quelquefois, il échoue souvent et dans beaucoup de cas; je suis persuadé que le fœtus eût été petit sans le régime ou fort malgré son emploi et qu'il n'y a eu que simple coïncidence.

Voici un exemple de chacun de ces faits:

1° Mme R..., de Rennes, a la tête grosse et les épaules larges, son mari présente la même conformation; le diamètre antéro-supérieur du détroit supérieur du bassin de cette dame n'a pas tout à fait dix centimètres d'étendue. A deux accouchements qu'a eus cette dame, après un travail très-long et très-pénible, on appliqua le forceps qui n'amena que des enfants morts.

Devenue enceinte une troisième fois, elle fut soumise au régime et au traitement précité; arrivée à son terme il fallut encore appliquer le forceps. Le fœtus, qui était aussi fort que les deux précédents, mourut pendant l'extraction qui fut pénible comme aux autres accouchements.

2° Mme L... de Brisy, petite femme grêle dont le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur n'a que 95 millimètres d'étendue, fut, à ses trois premiers accouchements débarrassée avec le forceps par moi et son médecin ordinaire, feu Malhère. A chaque accouchement, nous fûmes obligés de tirer simultanément sur le forceps et n'obtînmes jamais que des enfants morts. Nous lui conseillâmes, en cas d'une nouvelle grossesse, l'accouchement prématuré artificiel comme moyen d'obtenir un enfant vivant. En effet, une quatrième grossesse ne tarda pas. Cette dame ne changea rien à son régime ordinaire et ne voulut pas se soumettre à l'accouchement prématuré artificiel; arrivée à son terme elle accoucha spontanément d'une très-petite fille vivante, venue en 2e position du siége, une demi-heure après mon arrivée.

Si dans ce cas l'on avait eu recours au traitement précité on eût conclu, mais à tort, que ce traitement avait été pour quelque chose dans la petitesse de l'enfant; car il n'y aurait eu que simple coïncidence.

Cas dans lesquels l'accouchement prématuré artificiel a été conseillé :

1° Dans les rétrécissements du détroit supérieur du bassin, toutes les fois que le diamètre antéro-postérieur varie de 6 centimètres à 95 millimètres, déformation commune dans les bassins rachitiques. Généralement, lorsque les diamètres du détroit supérieur sont rétrécis, les diamètres du détroit inférieur sont agrandis.

2° Dans les rétrécissements du détroit inférieur, lorsque le diamètre transverse varie entre 6 centimètres et 95 millimètres, vice commun dans les bassins coniques et dans les bassins ostéomalaxes.— Dans ces derniers, qui sont généralement pyramidaux, le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur est élargi, les obliques et le transverse rétrécis; mais comme les branches horizontales des pubis se sont rapprochées l'une de l'autre, pour donner la forme pyramidale au détroit supérieur, l'allongement du diamètre antéro-postérieur est illusoire.

Dans les bassins coniques le détroit supérieur est généralement agrandi.

3° Dans les rétrécissements de l'excavation pelvienne ces rétrécissements ont pour cause: 1° le rachitisme qui produit l'aplatissement et même la convexité de la face antérieure du sacrum; 2° des tumeurs osseuses, fibreuses ou de toute autre nature que l'on ne peut ni extraire, ni vider, ni déplacer et qui ne laissent pas au canal pelvien la largeur voulue pour le passage du fœtus (Obs. 10).

4° Dans l'angustie occasionnée par une fracture de la branche horizontale des pubis et de la branche ischiopubienne.— Dans le seul cas que j'ai observé, ce fut avec une extrême difficulté que je parvins à extraire le fœtus qui mourut pendant la manœuvre du forceps.

5° Dans l'angustie absolue congéniale portant sur toutes les parties du bassin, sans aucune déformation. — Ce vice est la conséquence d'une malformation, la femme naissant avec un bassin qui doit être, ou normal, ou trop grand, ou trop petit, ou conique, etc., comme elle doit avoir tel pied, telle main, etc. On trouve généralement ce genre d'angustie chez de très-petites femmes bien proportionnées, du reste, dans toutes leurs parties; ce sont de vraies miniatures, et chez de grandes femmes qui n'ont pas de hanches et qui sont dites en asperge. Ce vice de conformation n'est généralement reconnu qu'au premier accouchement. Naegelé possède trois de ces bassins qui ont trois centi-

mètres de moins à tous leurs diamètres. Dans ces bassins l'accouchement est plus difficile que dans beaucoup de bassins rachitiques, ostéomalaxes ou obliques-ovalaires, vu que ceux-ci conservent quelquefois leur circonférence normale et que si un ou plusieurs diamètres sont rétrécis, les autres sont élargis, ce qui permet au fœtus de se mouler sur la forme du bassin, tandis que dans l'étroitesse absolue, tous les diamètres étant rétrécis, le fœtus ne peut passer. J'accouche plusieurs femmes qui présentent légèrement ce vice de conformation; elles accouchent lentement mais spontanément lorsque le fœtus est du sexe féminin ; mais lorsqu'il est du sexe masculin, après avoir attendu la terminaison spontanée aussi longtemps que possible, je suis obligé d'appliquer le forceps. Tous les accoucheurs ont dû trouver des cas semblables. Cette différence relative aux sexes tient au volume plus considérable de la tête chez les garçons.

6° Dans les cas de bassins obliques ovalaires, soit de Naegelé, soit de Lenoir, si le côté non déformé n'a pas les dimensions voulues pour le passage d'un fœtus à terme, soit qu'il se présente naturellement de ce côté ou qu'on l'y ait fait venir par une version podalique. — La version, pour le dire en passant, est dans les bassins rétrécis une mauvaise méthode; car elle expose à la détroncation du fœtus ou à la perforation du crâne par sa base, ce qui n'est pas facile, je le sais par expérience; la version pelvienne ne convient qu'avec un bassin oblique ovalaire dont le côté non déformé peut laisser sortir le fœtus; dans tous les autres cas, si le forceps est applicable il faut y recourir.

Ici comme dans l'angustie absolue sans déformation, il est rare que l'on puisse suffisamment apprécier le vice de conformation avant un premier accouchement. Il faut se rappeler que Lamotte, Van Swieten et autres ont dit que si la main fermée ne peut traverser le bassin, le fœtus ne peut en sortir vivant.

7° Lors de vomissements incoërcibles portés au point de menacer la vie de la mère; c'est-à-dire lorsque la femme ne garde aucun aliment, soit solide, soit liquide, qu'elle maigrit, qu'elle a de la fièvre et l'haleine fétide. — Cet état a quelquefois exigé l'avortement provoqué. Souvent la nature indique elle-même que l'accouchement est le meilleur moyen de sauver la mère et le fœtus, en provoquant un accouchement spontané avant terme; car les vomissements cessent immédiatement. Il en est de même si le fœtus vient à mourir dans le sein de la mère et qu'un avortement en soit la conséquence.

8° Dans l'éclampsie et les hémorrhagies utérines. — Ces deux maladies, arrivées à un certain degré, menacent la vie de la mère et celle du fœtus; ici, comme pour les vomissements incoercibles de la grossesse, l'organisme indique à l'homme de l'art, la conduite à suivre : souvent, en effet, sous l'influence de ces maladies le travail se déclare; la nature sachant bien que l'accouchement est le meilleur moyen de sauver la mère et l'enfant.

Quoiqu'il arrive de voir l'éclampsie continuer après l'expulsion de la totalité de l'œuf, le plus ordinairement cette affreuse maladie est enrayée par l'accouchement, même lorsqu'elle est accompagnée d'albuminurie.

(Voir les observations d'éclampsie que j'ai publiées dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, année 1868.)

L'hémorrhagie, surtout celle qui dépend de l'insertion du placenta sur ou aux environs du col utérin, n'est pas complétement enrayée par l'expulsion de la totalité de l'œuf. La région de l'utérus (le col) ou le placenta est inséré ne se contractant que très-faiblement après l'accouchement, comparativement au fond de l'organe; mais l'hémorrhagie *post partum* est d'autant moins abondante que la grossesse est moins avancée, les vaisseaux utérins étant moins hypertrophiés qu'au terme de la gestation; en outre, moins la femme aura perdu de sang avant son accouchement, mieux elle supportera l'hémorrhagie qui suit la parturition.

Dans ces deux maladies le commencement de travail que la nature détermine favorise singulièrement l'accouchement forcé, suivant la méthode de Puzos et l'emploi des dilatateurs.

9° En présence de maladies dont la grossesse peut accélérer la terminaison funeste, qu'elles soient antérieures à la grossesse ou qu'elles ne se soient développées que postérieurement à cet état. — Ces maladies sont principalement les anévrismes du cœur et des gros vaisseaux, l'hydrothorax, les dyspnées considérables, qu'elles soient produites par une maladie ou par le développement exagéré de l'utérus ou par une mauvaise conformation; toutes les fois que la femme est menacée d'asphyxie, l'ictère grave malin épidémique ou non qui tue la mère et son fœtus, d'après les observations de MM. les docteurs Douillé, Charpentier et Bardinet. L'ascite a été considérée par quelques praticiens comme réclamant l'accouchement prématuré artificiel; mais il est préférable de recourir à la paracentèse aussi souvent qu'il sera nécessaire. On l'a aussi conseillé dans l'hydramnios, par suite de la gêne qu'elle apporte à la respiration et à la circulation; mais le plus ordinairement, du moins dans tous les cas que j'ai eu occasion d'observer, l'utérus entre spontanément en contraction aussitôt qu'il ne peut plus s'hypertrophier et le travail se déclare. Lorsque l'hydramnios débute dès le commencement de la grossesse, j'ai vu plusieurs fois l'utérus présenter dès 4 mois 1/2 de grossesse un volume plus considérable qu'au terme d'une grossesse normale et le travail se déclarer à cette époque.

10° Lorsque l'on a à craindre la mort intra-utérine du fœtus avant le terme ordinaire de la grossesse.

Plusieurs causes peuvent, dans les trois derniers mois de la grossesse, faire mourir le fœtus dans le sein de sa mère, telles sont :

A. La syphilis constitutionnelle du père ou de la mère. Il est possible de préserver l'enfant de la syphilis congéniale constitutionnelle, en faisant subir à la mère pendant sa grossesse, comme cela m'est arrivé plusieurs fois, un traitement anti-syphilitique convenablement dirigé. Cette façon d'agir est bien préférable à l'accouchement prématuré artificiel qui ne peut produire qu'un fœtus syphilitique.

B. La pléthore générale et utérine.

Quelques femmes sentent dans le courant des trois derniers mois de leur grossesse les mouvements de l'enfant diminuer de force et de fréquence, enfin cesser tout à fait; puis surviennent les symptômes de la mort du fœtus, frissons, fièvre, gonflement des seins, perception du ballottement du fœtus; si la femme se couche à droite elle sent un corps lourd qui se porte de ce côté, *et vice versa*, etc.

Si l'on saigne ces femmes aussitôt que les mouvements du fœtus diminuent de force et de fréquence, ces mouvements reparaissent avec leur énergie normale, pendant la saignée même et le fœtus est sauvé : ce moyen très-simple dispense de l'accouchement prématuré artificiel.

C. L'anémie de la mère.

Dans certains cas la mère n'a pas suffisament de vitalité pour nourrir son fœtus jusqu'à neuf mois et il meurt avant terme par défaut de nutrition. Si, malgré l'usage d'un traitement approprié à l'état de santé de la femme, cette mort intra-utérine se renouvelle plusieurs fois de suite et toujours à la même époque, alors que l'enfant est viable, je crois qu'il est du devoir du médecin de procéder à l'accouchement prématuré artificiel un peu avant l'époque de la mort du fœtus. (Voir l'observation que j'ai publiée dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* en décembre 1871.)

D. L'enroulement du cordon autour du col ou du tronc du fœtus.

Lorsque la compression est telle que le souffle du cordon est continu et accompagné d'accélération ou de diminution des battements du cœur fœtal et de mouvements organiques du fœtus, la mort du fœtus est imminente.

M. le docteur Charrier, auquel on doit cette indication de l'accouchement prématuré artificiel, a publié l'observation d'un cas de ce genre dans lequel il a sauvé le fœtus par l'accouchement prématuré artificiel. Si le soufle du cordon est seulement intermittent, il se borne à le surveiller, afin d'agir s'il devient continu.

E. J. Simpson a eu recours à l'accouchement prématuré artificiel chez une femme dont tous les enfants naissaient à

terme hydrocéphales, et il eut le bonheur d'obtenir un enfant vivant et viable. (Clinique obstétricale de J. Simpson, traduction de M. le Dr Chantreuil.)

Ce résultat doit engager à imiter Simpson; mais à quel âge le fœtus commence-t-il à présenter son hydrocéphalie? là est la question? Peut-être pourrait-on s'en assurer par des touchers répétés pendant les précédentes grossesses. Je crois que dans un cas semblable il sera très-difficile de trouver le moment précis où l'accouchement artificiel sera d'une utilité réelle.

GODEFROY,
Professeur à l'Ecole de médecine de Rennes.

(*A suivre.*)

PYROTECHNIE CHIRURGICALE.

Ablation des tumeurs pédiculées de la peau, au moyen de la galvanocaustique thermique.

Il se développe sur la peau et dans le tissu conjonctif sous-cutané, des tumeurs pouvant acquérir un volume assez considérable et susceptibles d'éprouver, sous l'influence des irritations produites par les corps extérieurs, des transformations qui en nécessitent l'ablation. Les unes, formées par la peau amincie et par un tissu conjonctif plus ou moins hypertrophié et infiltré d'un liquide limpide, ont un aspect blanchâtre et demi transparent. D'autres renferment, en outre, une quantité de tissus adipeux suffisante pour leur donner le caractère de lipômes. Dans certaines de ces tumeurs on trouve le système vasculaire très-développé. Les *nævi pédiculés* forment d'abord une saillie ayant la coloration des tissus érectiles et, peu à peu, par leur accroissement, ils entraînent la peau et se pédiculisent.

Ces tumeurs, en se développant, constituent une difformité et sont quelquefois la cause d'une gêne plus ou moins grande. Souvent, la peau amincie et continuellement irritée par le contact des vêtements ou des corps extérieurs s'érode, s'enflamme et se sillonne de fissures fournissant un suintement séreux ou séro-sanguinolent, qui peut devenir très-fétide. Ces exhalations sont, dans certains cas, la cause de diminutions et d'augmentations alternatives.

Il s'y développe aussi, quelquefois, des abcès plus ou moins volumineux qui se vident à l'extérieur et dont la cavité, tapissée d'une fausse membrane, continue à fournir du pus. Enfin, elles peuvent être quelquefois envahies par la dégénérescence cancéreuse. Ces tumeurs étant donc susceptibles d'éprouver des altérations et des transformations variées, doivent être enlevées dès qu'elles deviennent une cause de gêne, de douleur ou de danger pour la vie des malades.

Le traitement qui m'a toujours réussi, est la cautérisation linéaire pratiquée avec mes pinces à cuvettes, remplies de caustique ou la section au moyen de la galvano-caustique termique dont je m'occuperai exclusivement dans ce travail.

La forme de ces tumeurs permettant d'en faire facilement l'ablation au moyen de la galvano-caustique, on les a enlevées en employant l'électricité dès que cet agent a commencé à prendre place dans la thérapeutique chirurgicale, comme on le verra en lisant les trois observations suivantes empruntées à l'ouvrage que Middeldorpf a publié en 1854 :

Tumeur en forme de crête de coq développée sur la tubérosité pariétale gauche; ablation au moyen de l'anse; peu de sang; guérison. — Auguste Gobel, écolier, âgé de 12 ans, est admis à l'hôpital le 19 septembre 1853 pour une tumeur plate et pédiculée qu'il porte depuis deux ans sur la tubérosité pariétale gauche.

Mobile, d'un rouge clair, ayant la forme d'une crête de coq, elle tient à la peau par un pédicule de la grosseur d'une plume de pigeon. Elle est large comme une pièce de deux gros sous. Sa surface est humide et légèrement suppurante.

Le 21, j'en fais l'ablation près de la tête, au moyen de l'anse; très-peu de douleur, pas de sang sur le bord, mais un peu au centre. Ayant enlevé en partie la petite

eschare, il y eut un écoulement sanguin que j'arrêtai immédiatement en touchant la surface avec le cautère galvanique; ce qui me prouva qu'il y aurait eu une forte hémorrhagie, si on l'eût enlevée avec l'instrument tranchant. Pansement avec de la charpie; le 30, la plaie était cicatrisée, et le malade quittait l'hôpital le 5 octobre complétement guéri. La tumeur était formée de tissu conjonctif très-vasculaire.

Nævus pédiculé au cou; ablation au moyen de l'anse; pas de sang; guérison. — Mme Krause, garde-malade, porte depuis un certain nombre d'années un nævus au côté droit du cou. Cette tumeur molle, brunâtre, du volume d'un petit poids, a un pédicule assez long. Je l'enlevai sans douleur, au moyen de l'anse, le 21 septembre 1853. Aucune trace de sang; petite eschare jaunâtre qui tombe au bout de quelques jours sans suppuration.

Petite excroissance cylindrique au tragus gauche; résection au moyen de l'anse; pas d'hémorrhagie. — Un enfant âgé de quelques mois avait dans le voisinage du tragus de l'oreille gauche deux petites excroissances de la forme d'un doigt, recouvertes d'une peau normale, dont la plus grande était longue d'environ 4 millimètres. Elles furent réséquées au moyen de l'anse, le 14 janvier 1854, sans aucune trace d'hémorrhagie.

Les trois opérations que je viens de rapporter, ont été faites avec le serre-nœud galvanique. Ce sont les seuls faits que j'ai recueillis en parcourant les travaux publiés sur ce sujet. De mon côté, je n'ai relaté que ceux sur lesquels j'avais des notes suffisantes et des dessins donnant une idée exacte de ces productions pathologiques.

Papillômes de la peau développés à la région postérieure du cou; ablation faite avec le sécateur galvanique; guérison. — Au mois de mai 1869, M. le docteur Baret me pria d'examiner un de ses clients qui portait de petites tumeurs cutanées à la région postérieure du cou.

M. M..., âgé de 53 ans, d'une forte constitution, mais goutteux, a toujours eu une vie très-active. A l'âge de 10 ans, il eut à la région occipitale gauche un énorme abcès, qui fut ouvert et suppura longtemps. La cicatrice en est encore très-apparente. A 20 ans, il eut une fièvre typhoïde assez grave. En 1854, il s'aperçut pour la première fois qu'il portait de petites tumeurs à la partie supérieure de la région cervicale postérieure. Ces tumeurs restèrent longtemps indolentes et peu apparentes; mais peu à peu et sans cause connue deux d'entre elles augmentèrent de volume. De temps à autre elles gonflaient; il se faisait un léger suintement à leur surface, puis elles revenaient à leur volume ordinaire. Comme elles étaient assez apparentes et un peu gênantes, il désira en être débarrassé.

Lorsque je vis M. M..., elles avaient la forme et le volume représentés dans la figure ci-dessus.

Il fut convenu que l'ablation aurait lieu promptement, afin qu'il pût être guéri avant son départ pour la campagne.

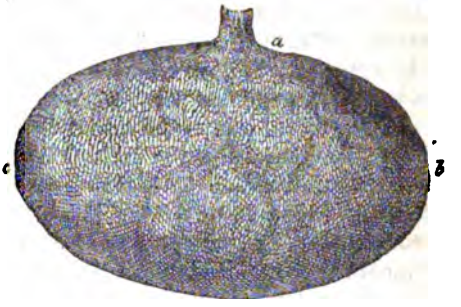
Le 15 mai, assisté par mon confrère, je saisis successivement chacune de ces tumeurs à sa base dans l'anse métallique de mon sécateur galvanique, dont j'isolai la cavité, et le mettant en rapport avec une pile chirurgicale. L'opération terminée, j'appliquai sur les eschares et sur la région voisine une couche de collodion riciné. Quand les eschares furent tombées, il se forma sur chaque plaie de petites croûtes que je recommandai à M. M... de ne pas enlever en se peignant, et le lendemain il quitta Paris.

Peu de temps après, je reçus une lettre dans laquelle il m'annonçait sa guérison complète.

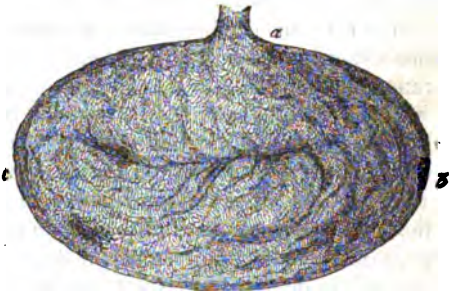
Lipôme fibreux développé dans la région du sacrum; ablation faite avec le sécateur galvanique; guérison. — Mme P..., âgée de 45 ans, domestique chez un de nos confrères, à Paris, d'un tempérament bilioso-nerveux, jouissant habituellement d'une assez bonne santé, me fut adressée par son maître, au mois de septembre 1864, pour une tumeur adénoïde du sein gauche, du volume d'une grosse noix. Elle ressentait des douleurs qui lui faisaient vivement désirer d'en être débarrassée. Je l'opérai avec l'assistance de mon confrère, au moyen de la cautérisation. La cicatrice marcha régulièrement et elle fut assez promptement guérie.

Au mois de mars 1867, elle vint me consulter pour une tumeur pédiculée de la peau, développée dans la région du sacrum. Elle me raconta qu'étant encore jeune, elle s'était aperçue qu'elle portait au bas des reins une tumeur du volume d'un pois, ne lui occasionnant ni gêne ni douleur. Cette tumeur s'accrut très-lentement, tout en restant indolente, et elle ne s'en occupa pas. Mais après l'opération que je lui fis au sein gauche, elle remarqua qu'elle grossissait plus rapidement et que le frottement de ses vêtements lui occasionnait de la douleur. Plus tard elle y ressentit des élancements très-vifs et vers la fin du mois de février 1867, il se fit à l'une des extrémités une ulcération, d'où il s'écoula assez de sérosité sanguinolente pour l'effrayer et la déterminer à venir me consulter.

Lorsque je la vis, elle avait le volume et la forme d'un œuf de poule; molle et d'une coloration normale dans toute sa portion gauche; rouge et résistante dans sa portion droite, d'où le sang avait coulé. Il fut convenu qu'elle serait enlevée très-prochainement.



Le 14 mars, Mme D... étant venue chez moi, je la fis asseoir sur une chaise et je priai le docteur Morpain de vouloir bien maintenir la tumeur. Je saisis le pédicule dans l'anse métallique de mon sécateur, fixé aux réophores, et mon confrère glissa une lame de carton entre la canule et la peau; puis, quand tout fut bien disposé, je plongeai dans le bain de bi-carbonate de potasse une petite pile chirurgicale que je tenais de la main gauche. La section eut lieu très-promptement et sans écoulement sanguin.



Je recouvris l'eschare d'un linge cératé, j'appliquai par-dessus de la ouate de coton; puis j'assujettis ce pansement avec une bande et l'opérée retourna chez elle.

Le 22, l'eschare se détacha et fut remplacée par une petite croûte qui fit place à une cicatrice de bonne nature. Depuis lors la guérison a été complète.

(*A suivre.*) Dr AMUSSAT, fils.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Intoxication par piqûre d'abeille, par M. David, interne à Genève (*Bulletin de la soc. méd. de la Suisse romande*, 1874, n° 8). — Le 5 août 1874, à 2 h. 1/2 après midi, un infirmier, âgé de 18 ans, fut piqué par une abeille à la face palmaire du médius de la main droite, et fit immédiatement l'extraction de l'aiguillon. Aussitôt après la première douleur de la piqûre, il est pris d'une démangeaison excessivement vive, qui remonte très-rapidement le bras et se répand sur toute la partie supérieure du corps. L'auteur lui conseille de se mettre un moment sur son lit, mettant une bonne partie des symptômes sur le compte de l'impressionnabilité de ce jeune homme; 10 minutes plus tard, M. D., est appelé de rechef, et trouve le malade dans un bain froid, où les démangeaisons avaient pris une intensité intolérable : douleurs de tête excessivement vives, bourdonnements d'oreilles, diminution sensible de l'ouïe, voix un peu rauque, laryngée (peut-être sous l'influence de l'émotion). Excitation voisine du délire. La figure, les deux bras, toute la surface du thorax sont le siége d'une rougeur érythémateuse mamelonnée très-intense, la figure est particulièrement boursouflée, les conjonctives sont injectées. Pouls petit et très-rapide. Des lavages avec de l'ammoniaque délayée dans de l'eau amènent un grand soulagement, mais ne peuvent se faire sur le devant du thorax, les émanations d'ammoniaque empêchant le malade de respirer. A 3 h. 1/4, les maux de tête persistant, bain de pieds sinapisé qui occasionne immédiatement aux extrémités inférieures un érythème identique à celui de la partie supérieure du corps. A 4 heures, plusieurs vomissements qui le soulagent, et qui sont suivis de sommeil. A 7 heures, diminution notable de l'éruption aux bras et à la poitrine; elle a cessé à la tête, mais est encore très-visible aux jambes. Céphalalgie tolérable. Après une nuit très-agitée, il a encore le lendemain un peu de lourdeur de la tête, et quelques plaques un peu rouges aux extrémités. Le soir, tous les symptômes avaient disparu.

Ablation de l'utérus et des deux ovaires.—Guérison. — L'*American Journ. of med. science* cite, d'après un rapport contenu dans les *Transactions of the Alabama medical Association*, un cas d'ablation de l'utérus tout entier et des deux ovaires, par suite d'une affection fibroïde. Pour ôter cette masse, du poids de plus de six livres (2721 gr.), on a dû sortir de l'abdomen tout l'intestin grêle, afin de faire de la place. Cinq ligatures de soie furent faites sur les artères, coupées courtes et laissées en place. La cavité et les entrailles étant soigneusement épongées avec de l'eau tiède, les incisions furent fermées avec des sutures à fils d'argent, recouvertes de bandes de taffetas adhésif serrées. L'opération produisit sur la malade un choc très-violent, et fut suivie de vomissements abondants. Pendant un des efforts de ces vomissements, une boucle d'intestin sortit par la plaie et fut légèrement déchirée par un des fils de la suture métallique. Les bords de la déchirure furent fixés aux bords de la plaie abdominale. Des symptômes de pyémie se manifestèrent à plusieurs reprises.

Le dixième jour, des caillots et du pus sortirent par une incision faite dans la paroi vaginale postérieure. Les incisions de l'abdomen se fermèrent par première intention, sauf à l'endroit de la fistule. Les sutures furent enlevées le dixième jour; mais les bandes de taffetas furent conservées plus longtemps. La malade guérit complétement. Les efforts faits pour fermer la fistule la réduisirent à des dimensions sans inconvénient réel pour la malade. Trois ans après, la malade, négresse de trente à quarante ans, était en parfaite santé et travaillait tous les jours. Les auteurs du mémoire attribuèrent la dispari-

tion des symptômes alarmants d'empoisonnement septique à l'emploi du calomel à doses purgatives, tout en faisant usage d'essence de bœuf et de stimulants.

(*Echo de la presse médicale.*)

Du jaborandi. — Le jaborandi est un médicament précieux très-vanté dans ces derniers temps. M. Coutinho a publié sur ce sujet une étude très-enthousiaste, et M. Gubler, qui l'a fort employé à l'hôpital Beaujon, en a obtenu d'excellents résultats. Ce serait un sudorifique vrai, amenant une transpiration rapide et profuse, sans l'ingestion de grandes quantités d'eau. C'est encore un sialagogue : il provoque l'écoulement de salive en énormes proportions. Ce sont les feuilles d'un arbuste qui croît au Brésil. Ses feuilles sèches sont employées en infusion, à la dose de trois à cinq ou six grammes, dans une tasse d'eau bouillante.

Si le malade a eu la précaution de se coucher et de se couvrir beaucoup, en dix minutes ou un quart d'heure, il est couvert d'une transpiration extrêmement abondante; en outre, il se fait une excrétion salivaire qui peut aller jusqu'à l'énorme proportion de un litre. On conçoit aisément tout le parti qu'on pourrait tirer en médecine d'une semblable substance. Malheureusement elle est encore peu connue et surtout elle n'est pas dans le commerce. M. Peter a eu l'occasion de s'en procurer un peu et a voulu faire une épreuve sur un malade réfractaire à la transpiration.

A un malade de son service, M. Peter avait fait donner une infusion de 3 grammes de jaborandi, et cet homme, albuminurique, que l'on n'avait jamais pu faire suer, même avec le bain de vapeur, était au bout d'un quart d'heure couvert d'une transpiration abondante. Rien de plus probant que ce fait qui vient se joindre à bien d'autres sans doute.

(*Journal de médecine et de chir.*)

Trois cas d'empoisonnement par la belladone, par M. Morel (*Annales de la Société de médecine de Gand*, septembre 1873). — Empoisonnement de trois personnes par une tisane de feuilles de belladone, achetées dans un magasin comme thé d'herbes excellent. Symptômes ordinaires. Chez la personne la plus gravement atteinte, après que des injections sous-cutanées de morphine et l'emploi de substances irritantes sur la peau eurent échoué, l'usage interne d'une solution de tannin parut avoir de bons résultats. Constatation de l'atropine dans l'urine, au moyen de réactions physiologiques et chimiques. — Le praticien relève un symptôme, méconnu jusqu'ici, qu'il a observé dans deux de ces cas, à savoir de la laryngite, caractérisée par des douleurs au larynx, une voix rude et l'expectoration de crachats parfaitement transparents, et attribue à cet agent toxique une diminution de l'urine avec ténesme vésical. Il rejette le mélange d'iode et d'iodure de potassium comme antidote, soit parce qu'il n'empêche pas la production du coma, soit parce qu'il peut faire naître des symptômes d'idiotisme, et recommande au contraire hautement à titre de contre-poison le tannin. Il pense que le tartre stibié n'est utile que lorsque la sensibilité existe encore et non pas dans le coma.

Position spéciale pour la réduction des vertèbres. — Un homme de quarante et un ans s'était affaissé sous le poids d'un fardeau qu'il soulevait sur l'épaule; la poitrine porta sur les genoux, et il fut relevé sans connaissance, avec luxation de la onzième vertèbre dorsale, dont l'épine était fracturée ainsi que les neuvième, dixième et onzième côtes, à leur col chirurgical. Paralysie complète au-dessous de la luxation. Un essai de réduction ayant échoué, même avec l'extension et la contre-extension, le Dr Bliss mit le blessé sur le sol, et, plaçant des aides aux deux extrémités, le tronc fut fléchi fortement en voûte, soutenue par les genoux; et le chirurgien, s'agenouillant, plaça une main sur la vertèbre luxée, dont la réduction s'opéra facilement. La colonne vertébrale reprit sa position normale, et, trois minutes après, le blessé pouvait mouvoir ses pieds. La sensibilité reparut ensuite. La rétention

d'urine persista trois jours. Mais aucune complication ne survint, et, sept semaines après, le blessé marchait avec des béquilles, dont il s'aida pendant cinq mois.

Traitement de la maladie de Basedow au moyen d'injections sous-cutanées d'ergotine, par le professeur Nothnagel, de Fribourg en Brisgau (*Aerztliche Mittheilungen aus Baden*, 1874). — Cette maladie dont la symptomatologie indiquerait trois affections simultanées (goître exophthalmique et affection du cœur), est plus connue en France sous le nom singulier de goître exophthalmique et porte aussi celui de maladie de Graves. Dans la séance de la Société des médecins de Fribourg, du 3 octobre 1873, l'auteur a communiqué quelques cas de cette maladie, dont l'heureux résultat l'engage à recommander des essais ultérieurs d'injections sous-cutanées d'ergotine de 0,01 à 0,02 *p. d.* dans le goître. Bien que *p. d.* puisse se traduire *pro die* ou *pro dosi*, il s'agit là probablement de cette seconde alternative, puisqu'il n'est pas probable qu'on doive employer plus d'une injection de ce genre par jour.

MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 décembre 1874.

Présidence de M. Devergie.

Sévices conjugaux. — M. Depaul présente, de la part d'un médecin de Cahors, une note relative à des sévices auxquels un mari jaloux s'est livré sur sa femme. Les mutilations portaient sur les oreilles, les seins, et spécialement sur les organes génitaux. Les grandes lèvres avaient été traversées par un instrument piquant, une grosse aiguille de bourrelier, de manière à permettre l'introduction d'un cadenas.

Elections. — L'Académie procède par la voie du scrutin au renouvellement partiel des commissions permanentes.

Sont nommés :

Epidémies. — MM. Fauvel et Jolly.

Eaux minérales. — MM. Briquet et Boudet.

Remèdes secrets. — MM. Chatin et Gubler.

Vaccine. — MM. J. Guérin et Delpech.

Comité de publications. — MM. Legouest, Charcot, Trélat, Le Roy de Méricourt et Moutard-Martin.

Rapport. — Lazarets. — M. Le Roy de Méricourt lit le rapport de la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Jaccoud. Pour mieux faire connaître les circonstances au milieu desquelles a eu lieu la quarantaine subie au lazaret de Trompeloud par M. Jaccoud et ses compagnons, M. Le Roy de Méricourt commence par donner lecture d'un long extrait du rapport adressé à cette occasion par M. le docteur Berchon, directeur du service sanitaire de la *Gironde*. Dans ce rapport, M. Berchon insiste sur la complète insuffisance du lazaret, insuffisance dont il s'est plaint antérieurement à diverses reprises. L'arrivée presque simultanée du paquebot français la *Gironde* et du paquebot anglais le *Puno* obligeait de mettre en quarantaine près de trois cent cinquante passagers, alors que le lazaret ne contient pas plus de deux cents lits. Il a fallu loger une partie des gardiens dans l'infirmerie, qui ne s'est plus trouvée disponible pour les malades de la *Gironde*, et comme le *Puno* allait repartir presque de suite pour Liverpool, il a été nécessaire d'entasser 99 passagers, qu'il a débarqués à Pauillac, dans les loge-

ments préparés pour 40. De là les plaintes incessantes, les récriminations passionnées des derniers venus surtout, c'est-à-dire des passagers du *Puno*. Reconnaissant que ces plaintes étaient fondées, puisque plus de 100 personnes ont dû coucher sans lit sur le plancher des chambres, sur de la paille rassemblée à la hâte, etc., M. Berchon s'est hâté le plus possible de mettre fin à un tel état de choses, en donnant la libre pratique aux passagers déjà débarqués; quant aux autres, ils ont dû subir un supplément de quarantaine de trois jours.

M. Le Roy de Méricourt rappelle, à cette occasion, que si un décret du 7 septembre 1863 permet d'admettre immédiatement en libre pratique les passagers des navires à vapeur, ayant à bord un médecin sanitaire, bien que partis avec patente brute, lorsqu'il n'est survenu en mer aucun accident de fièvre jaune; par contre, une circulaire du 13 septembre 1870 ordonne d'appliquer, même à des navires dans ces conditions, arrivant de pays où règne la fièvre jaune, les quarantaines de trois, cinq ou sept jours, suivant les cas. Toutefois, cette règle n'est pas appliquée invariablement dans la pratique.

M. le rapporteur discute longuement le cas particulier dans lequel s'est trouvée l'administration, à l'arrivée des passagers de la *Gironde* et du *Puno*. Il reconnaît la justesse des critiques de M. Jaccoud sur les questions qui se rattachent à l'insuffisance du lazaret de Trompeloup, et dont les conséquences ont été le débarquement partiel des passagers, l'encombrement et le désordre résultant de l'insuffisance des logements, le non débarquement immédiat des malades ; mais déclare que, sur les autres points, les appréciations de M. Jaccoud sont empreintes d'une légèreté regrettable.

Comme conclusion, la commission propose d'une voix unanime de renvoyer la seconde communication de M. Jaccoud à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, en appelant son attention sur les inconvénients de l'insuffisance du lazaret de Trompeloup, et sur les plaintes graves qui sont formulées contre le service intérieur de cet établissement.

Discussion. — M. Chauffard. Je n'ignore pas la difficulté de prendre la parole après le rapport que nous venons d'entendre, rapport remarquable au point de vue de la discussion, et aussi, je dois le dire, au point de vue des formes académiques, dont M. le rapporteur ne s'est jamais départi.

Je ne viens pas reprendre en mon propre nom toutes les accusations formulées par M. Jaccoud, mais il faut bien avouer que le rapport reconnaît la justesse des attaques principales qu'il a apportées à cette tribune.

En ce qui concerne l'insuffisance du lazaret de Pauillac, cette insuffisance a été proclamée à plusieurs reprises par M. le docteur Berchon lui-même, notamment dans un article récemment publié par un journal de Bordeaux. De son côté, M. le docteur Levieux, vice-président du conseil sanitaire de la Gironde, m'a adressé, à la date du 26 décembre 1874, une lettre dans laquelle il me raconte les démarches incessantes que depuis plusieurs années ce conseil et lui-même ont faites inutilement auprès de l'administration centrale pour obtenir des améliorations indispensables. Il se plaint en termes aussi vifs que M. Jaccoud, de l'état déplorable dans lequel se trouve le lazaret de Trompeloup: *insuffisance de personnel, insuffisance de lit et de couches, insuffisance d'eau potable.* Il faut bien reconnaître que cette insuffisance a été la cause d'actes particulièrement regrettables au point de vue médical. On ne devait laisser à bord ni les malades, ni aucun passager. Le médecin du navire, M. Bourset, s'est plaint énergiquement des mesures qu'on a prises, et il a écrit: « *Comment, c'est le navire qui est malade, et vous y laissez les passagers!* » Il a adressé à M. Berchon des sommations réitérées de débarquer d'abord les malades, qu'on a laissés cinq jours de plus dans ce foyer morbide : les derniers passagers valides de la *Gironde* ont été débarqués le 5, et les malades seulement le 12. Ce retard est inexplicable, à moins pourtant que l'infirmerie, étant occupée par les gardiens, ne pût recevoir les malades ; mais alors à quoi bon avoir une infirmerie? Pourquoi

ne pas descendre dès le premier moment tous les passagers de la *Gironde*? pourquoi en laisser cinquante à bord? Parce que, nous dit-on, il avait fallu faire de la place pour quarante passagers que devait débarquer le *Puno*. Mais au lieu de quarante annoncés, on en a reçu quatre-vingt-dix-sept. Il y avait force majeure, ajoute-t-on, le *Puno* allait repartir pour Liverpool. — Mais c'était surtout pour la *Gironde* qu'il y aurait eu force majeure. Là, les passagers étaient exposés à contracter une maladie typhique, dans un foyer d'infection. Ceux-là auraient bien accepté de coucher par terre, s'il l'avait fallu, pour quitter plus tôt le navire, tandis qu'au contraire, les voyageurs qu'avait apportés le *Puno* ne trouvaient un pareil danger qu'au lazaret. Ils n'y étaient en aucune manière isolés des passagers de la *Gironde* : les communications entre les uns et les autres étaient incessantes.

Je voudrais dire quels sont les soupçons que je conçois sur l'installation de bien des lazarets, celui de Marseille en particulier.

Je causais l'autre jour avec un de nos collègues, M. le docteur Dupré, membre correspondant de l'Académie, professeur à la faculté de Montpellier, d'une quarantaine qu'il a dû subir, il y a quatre ans, au lazaret de Marseille. Il m'en faisait, au point de vue de la propreté, de la nourriture, etc., une peinture qui ressemblait singulièrement à celle qu'a faite à cette tribune M. Jaccoud.

Ces révélations auront sans doute un rôle utile : elles appelleront, il faut l'espérer, l'attention de l'administration supérieure sur de graves abus, qui compromettent les intérêts sanitaires et les intérêts commerciaux de notre pays. Reste à savoir jusqu'à quel point certains règlements quarantenaires sont bien motivés.

M. Fauvel. Je suis aux ordres de l'Académie pour répondre immédiatement.

Le premier argument de M. Chauffard est relatif au lazaret de Pauillac, — mais il ne nous atteint pas. Cette insuffisance est reconnue depuis longtemps, et s'il n'y a pas été remédié, c'est faute de fonds, que l'Assemblée nationale n'a pas donnés.

Quant à la question du débarquement, les règlements veulent qu'on descende d'abord les malades, puis les passagers.

M. Chauffard. Au contraire, il faudrait descendre d'abord les passagers et ensuite les malades.

M. Fauvel. Il ne s'agit pas de votre avis, mais des règlements. Du reste, M. Jaccoud ne s'est pas occupé des malades, ni de l'équipage, mais de lui-même.

M. Jaccoud et M. Chauffard ne paraissent pas se douter de ce que sont les quarantaines pour les navires; ce sont des quarantaines d'observation, car on ne sait jamais s'il y a ou non des malades à bord. Le médecin du navire ne doit pas être placé entre son devoir et son intérêt : son devoir serait de parler, et son intérêt de se taire. Nous avons hésité à appliquer la loi, car ici la loi est la peine de mort. M. Chauffard ne comprend pas pourquoi on retient en quarantaine des navires qui n'ont pas la fièvre jaune ; mais c'est qu'il faut pouvoir les observer pour s'en assurer. Quant aux intérêts commerciaux, je suis leur bête noire, ils me voudraient voir à cent pieds sous terre. Ces messieurs des administrations et tous les autres me disent : mais vous nous ruinez! Ils font des affaires magnifiques. Le commerce réclame toujours. Les mesures quarantenaires sont plus sévèrement appliquées qu'en Angleterre et en Allemagne; mais c'est que nous savons que l'Europe est plus que jamais menacée de la fièvre jaune. Cette maladie s'est étendue sur toute l'Amérique du Sud, et non pas seulement sur les côtes, mais aussi dans la profondeur des terres. Je vous jure que nulle part en Europe vous ne trouverez une administration sanitaire aussi respectable que la nôtre. Je l'ai dit au congrès de Vienne. On ne peut pas tout obtenir chez nous de nos employés subalternes avec de l'argent, comme en Allemagne par exemple.

M. Jaccoud n'a pas agi dans un esprit patriotique. Je me suis indigné, en entendant qu'il attaquait une administration que l'Europe nous envie.

M. Chauffard. Je me réserve de revenir sur la question des quarantaines.

M. Fauvel. Quand vous voudrez.

L'Académie adopte, à l'unanimité, la conclusion du rapport proposant de renvoyer à M. le ministre de l'agriculture et du commerce le rapport de M. Jaccoud.

Présentation de pièces.—M. Laboulbène présente une pièce anatomique à l'appui d'une note sur l'importance du soulèvement des artères sous-clavières pour le diagnostic des dilatations de la partie supérieure de l'aorte.

Séance du 5 janvier 1875.

Présidence de M. Devergie.

M. le secrétaire perpétuel a le regret d'annoncer la mort de M. Lempereur, bibliothécaire adjoint.

Installation du bureau. — M. Devergie lit un résumé succinct des travaux de l'Académie pendant l'année 1875. Il invite M. Gosselin à prendre place au fauteuil de la présidence.

M. Gosselin remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait, et adresse en son nom des remercîments à M. Devergie, président sortant, et à MM. Chauffard et Berthelot, membres sortants du conseil. Il rend compte de la visite faite par le bureau à M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, et donne quelques renseignements sur l'état actuel de la question de l'installation de l'Académie.

M. Gosselin propose ensuite d'adjoindre, en remplacement de M. Guérard, décédé, M. Roussel comme membre de la commission chargée d'examiner le travail de M. le docteur Bertillon sur la démographie figurée de la France.

Spécialités. — M. Buignet lit un rapport officiel en réponse à une demande faite par M. le ministre des finances. L'Assemblée nationale est saisie d'un projet de loi d'après lequel les *spécialités pharmaceutiques* devraient être taxées d'un impôt. M. le ministre demandait à l'Académie quels étaient les signes auxquels on pouvait reconnaître ces spécialités.

M. le rapporteur déclare qu'aucune définition basée sur la nature des choses ne serait possible ; mais que les agents du fisc pourront se guider sur un signe, *la publicité*; de telle sorte que toute substance médicamenteuse, ou même simplement alimentaire, mais présentée comme jouissant de propriétés thérapeutiques, devrait être soumise à la taxe, du moment où elle serait annoncée par une voie quelconque, affiches, circulaires, prospectus, etc.

Bégaiement. —M. Moutard-Martin lit la deuxième partie du rapport de la commission nommée en mai 1874 pour répondre à une lettre de M. le préfet de la Seine, qui consultait l'Académie sur la valeur des méthodes de traitement du bégaiement de MM. Colombat et Chervin. Les deux méthodes ont également réussi, celle de M. Chervin en vingt jours à trois leçons par jour, celle de M. Colombat en six mois à deux leçons par semaine ; sans insister sur cette différence, la commission propose à l'Académie de répondre :

1° Que la méthode de Colombat, qui a été l'objet d'un rapport favorable à cette Académie en 1830, rapport fait par Itard au nom d'une nombreuse commission, continue à donner de bons résultats prouvés par une expérience de bien des années déjà. (Adopté.)

2° Qu'elle mérite les encouragements de l'administration pour les services qu'elle rend tous les jours. (Adopté.)

M. Depaul a cru remarquer que M. le rapporteur accordait une certaine supériorité à la méthode de M. Chervin, qui prétend arriver en vingt et un jours au résultat que M. Colombat n'obtenait qu'en six mois.

M. Depaul craint que la méthode Chervin, en multipliant les exercices, ne fatigue inutilement les bègues et n'expose ceux-ci à des récidives. Il pense que cette gymnastique, qui consiste en des exercices respiratoires et phonétiques, doit être graduée comme la gymnastique ordinaire; du reste, d'après M. Depaul, M. Chervin aurait puisé les éléments de sa méthode dans les ouvrages de Colombat père.

M. Moutard-Martin, contrairement à M. Depaul, attribue une grande influence

aux leçons rapprochées et répétées dans l'amélioration du bégaiement.

M. Larrey se rappelle avoir vu M. Colombat père attribuer une grande importance au rapprochement des leçons. On peut donc concilier les principes des deux méthodes.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique annuelle du 28 décembre 1874.

La séance publique annuelle de l'Académie a eu lieu lundi, sous la présidence de M. Faye, qui occupait le fauteuil en 1872. C'est dire que l'Académie est en retard de deux années. L'éloge du physicien Aug. de la Rive, de Genève, associé étranger, prononcé par M. Dumas; la distribution des récompenses pour les années 1872 et 1873; les propositions de prix pour les concours des années 1874 et 1875, ont fait les frais de cette séance. Voici les récompenses qui ont été décernées aux concurrents pour les sciences médicales :

Prix Montyon. Médecine et chirurgie. -- *Année* 1872 : A M. le docteur Luys, auteur d'une iconographie photographique des centres nerveux, un prix de 2,000 fr.;

A M. le docteur Magnan, Étude de l'action comparative de l'alcool et de l'essence d'absinthe sur le système nerveux de l'homme et des animaux, un prix de 2,000 fr.;

A M. le docteur Woillez, Clinique des maladies aiguës des organes respiratoires, un prix de 2,000 fr.

Mentions, avec encouragement de 1,200 fr., à MM. les docteurs Mandl, Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx; — Fano, Traité d'ophthalmologie; —Legrand du Saulle, Du délire des persécutions.

Citations : MM. les docteurs Bonnafont, Traité des maladies de l'oreille et Mémoires sur la transmission des ondes sonores, etc. ; — Lebon, Recherches sur la nature et la quantité des principes de la fumée du tabac absorbée par les fumeurs, et sur les effets qu'ils produisent;— Liouville, Traité de la généralisation des anévrismes miliaires, etc; — A. Guérard, Mémoire sur la gélatine; — Bourdillat, Des calculs de l'urèthre; — Gimbert, Mémoire sur l'eucalyptus; — Lisle, Clinique des maladies mentales ; — C. Vaslin, Plaies par armes à feu ; — E. Ritter, Des modifications des sécrétions sous l'influence de quelques agents qui modifient le globule sanguin.

Année 1873 : *Prix* de 2,000 fr. à M. Harting, d'Utrecht, Recherches de morphologie synthétique sur la production artificielle de quelques formations calcaires organiques; — à M. Jules Lefort (2,000 fr.), Traité de chimie hydrologique; — à M. J. Péan (2,000 fr.), De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie.

Mentions (1.200 fr.) à M. le docteur Armand, Climatologie générale du globe; —à M. le docteur P. Bouland, Recherches anatomiques sur les courbures normales du rachis chez l'homme ; — à M. le docteur Oré, de Bordeaux, Injections intraveineuses du chloral.

Citations : MM. Bergeret et Mayençon, Recherches des métaux dans les tissus et dans les humeurs par la méthode électrolytique; — Louis et Ernest Brémond, Absorption cutanée; — Burdel, Le cancer considéré comme souche tuberculeuse; —G. Félizet (avec 500 francs), Recherches anatomiques et expérimentales sur les fractures du crâne; — Hardy et Montmoja, Clinique photographique des maladies de la peau; — Lefèvre, Hygiène et thérapeutique de la sudation provoquée par la vapeur d'eau, etc.; — Lunier, De l'augmentation progressive du chiffre des aliénés et de ses causes, et du rôle que jouent les boissons alcooliques dans l'augmentation du nombre des cas de folie et de suicide; — Ferd. Monoyer, Mémoire d'ophthalmologie ; — Aug. Ollivier (avec 500 fr.), Pathologie puerpérale; — Polaillon et Carville, Effets toxiques de l'inée, poison des Pahouins ; — P. Redard (avec 500 fr.), Thermométrie clinique.

Prix Bréant. — *Année* 1872 : 3,000 fr. à MM. les docteurs Jean-Joseph Bouley

(décédé) et Robbe; — 2,000 fr. à M. le docteur Netter.

Année 1873 : 2,500 fr. à M. le docteur Proust; — 2,500 fr. à M. le docteur A. Pellarin.

Prix Godard. *Année* 1872 : M. Petitgrew, d'Édimbourg, Système musculaire de la vessie et de la prostate; mécanisme de l'occlusion de l'urètre et des uretères.

Prix Montyon. Physiologie expérimentale. — (764 fr.) M. Georges Pouchet, Changements de coloration de certains animaux sous l'influence du système nerveux.

Mentions à M. Perrier, Études sur les annélides de la famille des Lombriciens; — M. Sanson, Développement précoce des animaux domestiques.

Prix Lacaze. Physiologie (première année). — Prix de 10,000 fr. à M. Marey, et mention à M. Bert.

FAITS DIVERS.

Externes nommés au concours pour 1875. — MM. 1 Segond, Arnozan, Michaux, Gauché, Chaignot, Decaisne, Golay, Lebec, Poisson, Valude, Leboussey, Boursier, Mayor, Robin, Gary, Castex, Bruchet, Saint-Ange, Lecène, Jobard, Laurent (Nicolas), Auboin, De Marignac, Simon (Olivier), Purrey, Rousseau, Juhel-Rénoy, Guinoiseau, Bar, Pineau.

31 Lacroix, Moreau, Josias, Labarrière, Labbé (Charles), Schewébisch, Reuflet, Huter, Raulx, Huber, Gauchas, Lotil, Carafi, Cottin, Crouzet, Ferrand, Goix, Delavarenne, Galliard, Brun (André-Félix), Chevalier, Bazy, Oudin, Hannequin, Gauducheau, Clérault, Couturier, Halmagrand, Laurent (Auguste), Rœser.

61 Labbé (Louis-Donatien), Gautier (Arthur), Thomas, Cattel, Delafoulhouse, Parenteau, Fournier (Henri), Auver, Pioger, Vautier, Coulon, Laurand (Georges), Garcia, Viel, Daremberg, Langlebert, Jasiewiez, Sarazin, Boudet de Paris, Petit, Martin (Emile), Dubart, Walsdorff, Lataste, Moreau (Louis-Félix), Bernier, Lefebvre, Dauchez, Greffier, Amiaud.

91 Lepierre, Hermil, Béranger, Laforgue, Chardin, Brivois, Péan, Ménard, Foucault, Pannier, Etienne, Roulin, Weil, Mabit, Vinache, Dupérier, Bastard, Boussy, Grisey, Richard (Alfred), Jousset, Jozan, Ancelon, Butraille, Dujol, Süss, Pain, Liaudier, Capron, Foucher.

121 Baronel, Barbulie, de Bulot, Simon (Léon), Luizy, Inglese, Metton, Chipier, Sauvier, Veleau, Cotté, Despiau, Baron, Faisans, Bénard, Mailbetard, Nouet, Culot, Huchard, Raymondand, Pellerin, Gabalda, Delapersonne, Durau, Regnault (Paul), De Langenhagen, Strekler, Guelliot, De Fourcault, Duchateau.

151 Lesage, Landry, Martel, Haranger, Merciel (Gabriel), Desert, Tackvorian, Abbadie, Tourné, Besnard, Leblanc, Queudot, Laforest, Duché, Brazier, Busquet, Hallet, Desmaroux, Feré, Bara, Bourlet, Doumergue, Fèvre (Emile), Laboubée, Boisseau, Bordenave, Boutan, Michelon, Hervieu, Lévy.

181 Turbaux, Lagrolet, Mesnard, Charlat, Pullié, Dupont (Baptiste), Paskowski, Drassans, Huette, Corson, Regimbart, Bollet, Kelne, Froger, Ravollat, Espinosa, Schools, Aimonier-Davasse, Ceppi, Barcabé, Lenoel, Grangé, Crédé, Dareuil, Coudray, Delpeuch, Fauconnier, Balesi, Chaumier, Toubin.

211 Soin, Labbé (Louis), Catuffe, Calmeau, Rohart, Gallois, Brouart, Combret, Henry-Destureaux, Mayolle, De Lassallerie, Olivier, Gauthier (Pierre), Mercier (François), Labadie, Avrard, Rœlingier, Molas, Brun (Adrien), Surgot, Poussié, Leclère.

École de médecine de Clermont. — *Concours pour les prix de* 1874 :

Elèves de première année : premier prix, M. Rueff; deuxième prix, M. Coiffier.

Elèves de deuxième année : premier prix, M. Mayet; mention honorable : M. Hugon (Pierre).

Elèves de troisième année : premier prix, M. Magnat; deuxième prix, MM. Gagnon et Guillemin.

Prix de la commission des hospices :

partagé entre MM. Gagnon et Margnat, internes de l'Hôtel-Dieu.

— Le recteur de l'Académie d'Aix est venu à Marseille le 15 novembre; il a visité le local de l'Ecole de médecine de cette ville, accompagné du directeur et des architectes de la ville, et avec leur concours, il a arrêté la distribution des pièces nécessaires aux divers services, particulièrement à l'établissement d'une bibliothèque et des cabinets de micrographie et de physiologie.

École de médecine de Bordeaux. — MM. Gabriel Bay et Alfred Pousson viennent d'être nommés aides d'anatomie. Le concours a été assez brillant pour que le jury ait émis le vœu que MM. Gautier et Bergonier, occupant les troisième et quatrième rangs, fussent autorisés à prendre le titre d'aides d'anatomie (sans traitement), avec la faculté de concourir pour le prosectorat.

Nature des épreuves : *question écrite.* Anatomie et physiologie du lobule pulmonaire, diagnostic différentiel des différentes espèces de pneumonie.

1re *question orale,* chirurgie. Valeur séméiologique de l'écoulement de l'oreille dans les fractures du crâne.

2e *question orale,* médecine. Valeur séméiologique de la contracture.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — *Du* 18 *au* 25 *décembre* on a constaté 813 décès, se répartissant ainsi : variole, 1; rougeole, 7; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 17; érysipèle, 10; bronchite aiguë, 42; pneumonie, 78; dysentérie, 2; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 4; choléra-nostras, 1; angine couenneuse, 1; croup, 6; affections puerpérales, 9; autres affections aiguës, 209; affections chroniques, 378 (dont 134 dues à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 19; causes accidentelles, 19.

Du 25 *décembre au* 1 *janvier*, on a constaté 854 décès, savoir : variole, 2; rougeole, 9; scarlatine, 0; fièvre typhoïde, érysipèle, 8; bronchite aiguë, 47; pneumonie, 78; dysentérie, 1; diarrhée cholériforme des enfants, 6; choléra infantile, 0; choléra nostras, 0; angine couenneuse, 13; croup, 18; affections puerpérales, 14; affections aiguës, 209; affections chroniques, 393 (dont 162 dues à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 20; causes accidentelles, 22.

Du 1er *au* 8 *janvier* 1875, 881 décès ainsi répartis : variole, 2 décès; rougeole, 11 : scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 23; érysipèle, 9; bronchite aiguë, 45; pneumonie, 80; dysentérie, 1; diarrhée cholériforme des enfants, 1; choléra infantile, 0; choléra nostras, 0; angine couenneuse, 10; croup, 11; affections puerpérales, 8; affections aiguës, 188; affections chroniques, 380 (dont 137 dues à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 33; causes accidentelles, 28.

Erratum: A la page 28 du dernier n°, 1re colonne, dans la nécrologie, au lieu du docteur Louvet, lisez docteur Louvel.

Nécrologie. — M. Aubert-Roche, médecin de l'hôpital d'Alexandrie, puis médecin en chef de la compagnie du canal de Suez.

M. le docteur Belin (Auguste), ancien interne des hôpitaux, ancien médecin des bureaux de bienfaisance et de la société philanthropique, accoucheur distingué.

M. le docteur Boys de Loury, chirurgien en chef de l'hospice Saint-Lazare, ancien président de la société de médecine de Paris, mort âgé de 72 ans.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Librairie de J.-B. Baillière et Fils, rue Hautefeuille, 19.

Traitement de l'Angine couenneuse par les balsamiques, Mémoire présenté au conseil général de la Mayenne par M. H. Trideau, médecin à Andouillé. Paris, 1874, 1 gr. in-8° de 150 pages, 2 fr.

Le Directeur-Gérant,
MARTIN-LAUZER.

N° 3. — 1er FÉVRIER 1875.

I. CLINIQUE.— MÉMOIRES.— OBSERVATIONS.

CHRONIQUE DE LA QUINZAINE

Du traitement chirurgical des indigents à domicile. — Un nouveau méfait imprévu du chloroforme.

La question du traitement chirurgical des indigents à domicile a été discutée dans les quatre dernières réunions de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance. Jusqu'ici le traitement des maladies, chez les indigents en ville, n'a compris que l'emploi des moyens médicaux ou tout au plus de ceux qui sont du ressort de la petite chirurgie. Ce n'est pas que la grande chirurgie ait jamais été interdite aux médecins des bureaux de bienfaisance. Loin de là, un nouveau règlement imprimé, remis en 1860 à chaque médecin, à l'occasion de la nouvelle distribution des services nécessitée par l'extension de Paris jusqu'aux fortifications, contenait expressément pour ces médecins l'obligation de faire toutes les opérations de la chirurgie. Mais l'article portant cette obligation devenait lettre morte, du moment qu'on ne s'occupait en aucune façon de donner à ces médecins les moyens d'exécution, qu'on ne mettait à leur disposition ni linge, ni appareils, ni instruments. Les rares médecins qui ont fait des opérations chirurgicales l'ont fait avec les ressources qu'ils ont pu se créer en dehors de l'Assistance publique. Quant au commun des médecins, ils adressent à l'hôpital tout ce qui est du ressort de la médecine opératoire et ils restent même, dans la pratique chirurgicale, bien en deçà des officiers de santé; car ils ne traitent même pas les fractures.

M. Passant, secrétaire général de la Société, poursuivant la pensée, assurément fort louable, de rélever le niveau des médecins des bureaux de bienfaisance et de les assimiler aux médecins et aux chirurgiens des hôpitaux, proposa, il y a quelques mois, de combler la lacune que nous venons de signaler dans le traitement à domicile des indigents, en demandant à l'Assistance publique de nommer un chirurgien dans chaque arrondissement. Ce chirurgien se mettrait à la disposition de ses collègues pour le traitement des maladies du ressort de la chirurgie et pratiquerait à domicile les opérations qu'elles pourraient nécessiter. Pour renforcer en quelque sorte la valeur de sa motion, M. Passant invita aux séances, dans lesquelles devait se discuter sa proposition, plusieurs chirurgiens distingués de Paris, MM. Boinet, Dusseris, Amussat, Berrut, etc. qui s'empressèrent de répondre à son appel en y assistant de leur personne ou en envoyant leurs écrits sur la matière. Bien plus, une douzaine de chirurgiens déclarèrent qu'ils étaient prêts, à l'heure même, à se mettre à la disposition des médecins des bureaux de bienfaisance pour opérer gratuitement les malades indigents chez eux. Nous avons aussi reçu personnel-

lement des offres de M. Amussat au même sujet.

Nous ne pouvons donner ici, ni en extrait, ni même en analyse, le compte rendu des séances dans lesquelles a été traitée cette question du traitement chirurgical des indigents à domicile; nous devons nous borner à en signaler les principaux traits.

M. Berrut, dans une série d'articles qu'il a publiés l'année dernière dans la *Gazette médicale de Paris*, avait fait le procès aux hôpitaux au point de vue des grandes opérations. Il y a longtemps observé. D'après ce qu'il en a dit, on pourrait écrire sur leur porte, pour tout malade qui doit y subir une opération sanglante, les célèbres mots du Dante :

« Voi che entrate, lasciate ogni speranza. »

Il y a des opérations qui n'y réussissent jamais ou presque jamais. Les chirurgiens des hôpitaux le savent fort bien et néanmoins ils opèrent. Pourquoi? Parce qu'ainsi le veulent la science ou l'art, ou encore la tradition. L'humilité du rôle que jouaient les chirurgiens du temps de Molière les a soustraits à ses sarcasmes; autrement il eût mis dans la bouche de quelqu'un d'eux une phrase comme celle-ci : mon ami, on meurt toujours de cette opération; mais il vous est plus glorieux de périr *secundum artem* et avec éclat de mes mains que de mourir obscurément de votre maladie. Velpeau en a commis de plus fortes. Nous nous rappelons, entre autres, un malade atteint de carie du col du fémur auquel il dit : demain on te coupera la cuisse dans l'articulation de la hanche. Et il ajouta : es-tu content d'avoir une maladie curieuse? Le malade ne répondit rien à ce compliment si inopportun dans un temps où l'on ne connaissait pas encore le chloroforme. Mais le lendemain quand Velpeau demanda son malade, on lui dit qu'il était mort.

Il est à peine besoin de dire pourquoi l'on meurt dans les hôpitaux plus qu'ailleurs. L'infection purulente, les érysipèles aussi parfois, y sont en permanence. Le microscope a rencontré des dépôts de miasmes sur les murs et jusque sur les rideaux. L'habileté du chirurgien n'est pas en cause; mais elle n'y peut rien.

L'hôpital Necker, lorsqu'il était le plus petit des hôpitaux était celui où il mourait le moins d'opérés. Depuis qu'on y a construit de nouveaux pavillons, il rivalise avec les autres pour la léthalité.

L'hôpital Lariboisière, construit l'un des derniers et dans des conditions d'hygiène qui paraissaient les mieux entendues, ne le cède néanmoins à aucun de ses aînés pour le nombre des décès d'opérés.

En vain la propreté a-t-elle été portée jusqu'au luxe dans ces asiles. Il s'exhale de toutes les salles des malades une odeur *sui generis* indélébile, que l'on pourrait appeler une odeur de mort.

On a cru qu'on gagnerait quelque chose à isoler les malades les uns des autres, à les mettre en chambre. Rien n'y a fait. Chaque hôpital semble se créer une atmosphère, comme une nuée qui l'entoure.

On a assez dit qu'aucune trépanation n'avait réussi à l'Hôtel-Dieu de Paris. Aucune opération césarienne n'a réussi non plus dans les hôpitaux, et le même fait s'est reproduit de nos jours pour l'ovariotomie. Quand l'Assistance publique s'est généreusement imposé des frais considérables pour faire pratiquer cette opération à la campagne, on a eu des succès.

En résumé, les hôpitaux sont incessamment pour les grandes opérations ce que les maternités sont parfois pour les accouchées, un sepulcretum, une nécropole. Nous ne savons plus quel auteur a dit qu'il vaudrait mieux pour une femme accoucher dans les carrières de Paris qu'à la Maternité. On pourrait dire quelque chose d'analogue pour les malades à opérer.

* *
*

Mais le réduit où croupit l'indigent est-il beaucoup plus salubre que l'hôpital? Oui, répondent M. Boinet, M. Dusseris, etc. Ce dernier a opéré l'ovariotomie à un sixième, dans une pièce où l'on pouvait à peine se tourner et l'opérée a guéri. Ces chirurgiens attestent que les opérations les plus graves, pratiquées par eux chez les indigents mal

logés leur ont fourni de magnifiques succès. La malpropreté, l'encombrement produit par une nombreuse famille, les exhalaisons des matières excrémentitielles n'offrent pas des dangers à comparer avec ceux que produit le voisinage d'individus atteints d'infections purulentes ou d'érysipèle, comme il y en a dans toutes les salles de chirurgie. On peut aérer la chambre, et l'atmosphère qui entoure la maison n'est pas viciée comme celle des hôpitaux.

Au point de vue moral, l'opéré à domicile qui reste au milieu des siens, est dans des conditions bien préférables à celles de l'opéré d'hôpital, et ces conditions ne sont pas sans influence sur le succès. L'opéré de ville ne voit pas la mort rôder à ses côtés comme l'opéré d'hôpital.

* *
*

Il y a, toutefois, une grande objection à faire contre la chirurgie urbaine des indigents. Comment se procurer les aides, les moyens de pansement, les appareils, etc.?

Il nous faut ouvrir ici une parenthèse ; car on est arrivé à deux conclusions tout à fait différentes pour la solution du problème.

L'auteur de la proposition, M. Passant, qui a des rapports fréquents et agréables avec l'Assistance publique, veut qu'on commence par s'adresser à cette administration. A tout seigneur, tout honneur, rien de plus juste. Si l'administration consent à créer un service chirurgical dans chaque arrondissement, elle lui fournira, sans doute, les moyens de marcher qui comprennent les instruments, les appareils, et même au besoin le local; car M. Passant a déjà autrefois demandé qu'il y eût à chaque maison de secours, une sorte de dispensaire ou de petit hôpital, pourvu d'une dizaine de lits. Il croit, d'ailleurs, que les frais qu'occasionnerait la création d'un service de chirurgie par arrondissement, seraient largement compensés par l'économie qui résulterait du traitement chirurgical à domicile, étant bien démontré que le traitement médical à domicile est moins onéreux pour l'Assistance publique que le traitement hospitalier.

Toutefois, comme M. Passant n'a pu fournir aucune donnée sur les intentions de l'Assistance publique à l'endroit de sa proposition, sa mise en pratique est restée dans les futurs contingents. D'un autre côté, les chirurgiens, présents aux séances, qui sont arrivés à la notoriété en dehors des concours des hôpitaux, ont donné à la discussion une ampleur plus grande que ne comprenait la proposition roulant dans l'orbite de l'Assistance publique, et ont conclu à la réalisation immédiate du service chirurgical des indigents à domicile, même sans le concours de cette dernière. Vouloir, c'est pouvoir, disent-ils.

Que faut-il? un chirurgien. Il est tout trouvé; une douzaine se sont déjà fait inscrire. C'est tout autant qu'il en faut pour les vingt arrondissements; un seul suffirait pour deux; d'autres se présenteront au besoin, et jamais un chirurgien ne répondrait par un refus à la demande d'opérer gratuitement un *indigent* à domicile. Si l'on a le chirurgien, on a aussi les instruments. Quant aux autres fournitures, la charité privée, à défaut de la charité publique y pourvoira. Est-ce que les sœurs de charité ne sont pas là, ainsi que les administrateurs et le maire, et les voisins riches ou seulement aisés. Qui refusera, dans la maison, du linge, des bandes, pour une opération. Les aides? N'en trouvera-t-on pas déjà un dans le médecin de la circonscription, ensuite dans les étudiants en médecine. Les gardes? Mais en trouvera-t-on moins pour un opéré que pour des individus isolés atteints de maladies internes; les voisins au besoin en fourniront. Un opéré est, d'ailleurs, un malade plus intéressant que tout autre, et qui attirera davantage les secours.

Et quant au local, enfin, aucun ne vaut celui qu'habite le patient. L'exiguïté n'est pas une pierre d'achoppement. M. Dusseris est allé faire au sixième étage de la rue d'Argout une ovariotomie dans une chambre bien petite. Il a pratiqué des amputations de cuisses, de jambes, toujours dans ce que l'on décore sous le nom de

chambre ; les aides, les moyens de toute sorte, rien ne lui a manqué. M. Dusseris soutient que toutes les opérations peuvent etaites à domicile.

La conclusion finale de la discussion a été, d'après la proposition de M. Passant, qu'avant de tenter toute démarche auprès de l'administration, il convenait de réunir en fascicule tout ce qui a été dit et lu dans les dernières séances relativement au traitement chirurgical des pauvres à domicile et de l'envoyer à l'administration ; — cela fait, de lui adresser une demande écrite et établir un service correspondant au vœu du moment. Cette proposition a été adoptée.

Nous ne savons ce que répondra l'Assistance publique. Mais il est probable que les chirurgiens des hôpitaux se préoccuperont de cette question dont la solution dans le sens de la conclusion précédente, si elle était largement mise en pratique, ferait peu à peu la solitude dans leurs services hospitaliers.

* *
*

Un nouveau méfait du chloroforme. — Un homme atteint d'une luxation du bras, que n'avait pu réduire un rebouteur, s'est adressé à l'hôpital d'une petite ville des environs de Paris. On était au dix-septième jour de l'accident. Le chirurgien de cet hôpital a réuni ses confrères de la localité et s'est fait assister par eux pour opérer la réduction. On n'a pu l'obtenir, et le bras s'est détaché de l'épaule. On a attribué, non sans quelque raison, au chloroforme cette malheureuse issue dont nous ne connaissons pas encore les suites, ce fait nous ayant été communiqué le lendemain de la catastrophe.

Pareil accident s'est déjà produit il y a quelques années à l'hôpital Saint-Louis pour une luxation du coude. L'avant-bras se détacha et resta entre les mains des opérateurs.

On a dit que Damiens, condamné à être écartelé, pour dernier acte d'un supplice de quatre heures, ne put l'être par quatre chevaux attelés chacun à un de ses membres et qu'on ne réussit pas mieux avec un renfort de deux autres chevaux. Il fallut que le bourreau lui tranchât les muscles avec un couteau.

On eût sans doute mieux réussi si l'on avait chloroformisé ce malheureux.

Il serait peut-être bon de se rappeler le moyen que Dupuytren employa pour réduire une luxation chez une femme qui se raidissait inopportunément. Vous faites la sainte-n'y-touche ici, madame, lui dit Dupuytren, mais n'importe, je sais bien que vous n'êtes qu'une soularde ! Les bras, comme on dit, tombèrent du corps à la pauvre femme, et l'humérus rentra comme de lui-même dans sa niche.

Conclusion. Réserver, en fait de luxations, le chloroforme à celles où l'on ne court guère risque de rien arracher, comme dans celle de la rotule.

H. C.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

HOSPICE DE BICÊTRE.

Service de M. le Dr Lannelongue.

1° Affections des organes génito-urinaires.

a. Tumeur du testicule. — *Ligature de l'artère spermatique. Dangers de la castration.* — La castration est sans contredit une opération grave, malgré l'affirmation d'un chirurgien qui dit qu'avec l'écraseur linéaire elle n'a jamais été suivie d'accidents entre ses mains. Sur neuf opérations de ce genre pratiquées par M. Verneuil (Soc. de chir., sept. 1866) il y a eu deux morts : une par hémorrhagie, phlegmon et résorption purulente, l'autre par tétanos le 13e jour : dans deux autres cas, la mort a été imminente. — Nous pensons que l'une des causes principales du danger de la castration est la *ligature en masse du cordon.* Non-seulement ce procédé en étreignant les nombreux filets qui entrent dans la constitution de ce dernier, expose aux accidents tétaniques, mais encore il est loin d'être toujours un moyen hémostatique infaillible. Quelle

que soit la force que l'on mette à serrer tous les éléments du cordon, le lien se relâche peu à peu, et l'hémorrhagie a tendance à se produire par les vaisseaux centraux qui ont échappé à l'action du fil et souvent par l'artère spermatique elle-même.

M. Lannelongue a renoncé à la ligature en masse depuis qu'il a observé à la suite de cette méthode, trois faits d'hémorrhagie dont l'un s'est terminé par la mort. Dans ce dernier cas (service de Denonvilliers 1865) il s'agissait d'un myome du testicule : une double ligature faite avec un fil très-fort fut apposée solidement sur le cordon spermatique que l'on coupa dans l'intervalle ; dans le courant de la journée, une hémorrhagie se déclara, se répéta les jours suivants, et le malade finit par succomber. — La ligature isolée de chacun des vaisseaux du cordon est plus sûre et n'est pas beaucoup plus difficile.

M. Lannelongue pour se mettre à l'abri des dangers de la castration, et dans le but de déterminer une atrophie de la tumeur testiculaire, vient de pratiquer la ligature de l'artère spermatique, du même côté, chez un homme de 49 ans : cette tumeur très-dure, de nature squirrheuse à marche rapide (elle datait de 4 ou 5 mois), avait presque la grosseur de deux poings d'adulte : au bout d'un an, la masse avait diminué au moins des 4/5. Cette ligature n'offre du reste aucune difficulté sérieuse : une incision est faite sur le trajet funiculaire, et une fois la gaîne fibreuse commune ouverte, on se trouve sur les éléments du cordon ; on voit alors l'artère spermatique entre deux groupes de veines un peu dilatées, l'un plus volumineux antérieur, l'autre postérieur plus mince. En comprimant légèrement le cordon en arrière, où se trouve le canal différent, on exagère la saillie du vaisseau artériel qui est isolé et autour duquel on passe un fil à l'aide de l'aiguille de Deschamps : chez le malade que nous avons observé, la petite plaie ne tarda pas à se cicatriser ; pendant les quelques jours qui suivirent l'opération, il survint un gonflement œdémateux et une sensibilité exagérée du scrotum ; mais bientôt l'équilibre circulatoire se rétablit, et on vit manifestement la tumeur, en devenant de plus en plus dure, entrer dans une période de décroissance qui s'accentua de jour en jour.

L'idée de faire la ligature de l'artère spermatique pour chercher à atrophier les néoplasmes volumineux du testicule est relatée dans Harvey (*Traité de la génération*) qui la pratiqua, dit-il, dans un cas avec succès ; mais nous ne savons pas s'il avait réellement affaire à une tumeur maligne.

Cette ligature fut également préconisée par Mayor pour la guérison du sarcocèle ; enfin Maunoir toujours dans le but d'atrophier la glande séminale dégénérée, plaça une double ligature sur l'artère spermatique, et la divisa dans l'intervalle ; il conseille aussi après la ligature, de faire la section complète du cordon.

b. Fistules urinaires multiples ; indurations du périnée. — *Résection de tous les tissus indurés.* — *Cautérisations.* — Dans le cas de fistules uréthro-périnéales multiples, s'accompagnant de nombreuses indurations ayant résisté aux moyens ordinaires et déterminant chez le malade des phénomènes locaux et généraux, assez grands pour compromettre l'existence, M. Lannelongue emploie, à l'exemple de Voillemier (*Gaz. hebdom.* 1874, n° 379), l'excision ou résection d'une portion du périnée et voici comment il procède : une fois que le calibre de l'urèthre a été rétabli à peu près complétement, il place dans ce canal la plus grosse sonde en gomme élastique qui puisse y être introduite, et mettant le malade dans la position de la taille, il commence par inciser sur la sonde cannelée le trajet fistuleux le plus long et le plus central. Disséquant alors tous les tissus indurés, il les prend avec des pinces et les enlève soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux courbes ; le doigt est promené sur toute la surface cruentée et vérifie s'il existe encore des portions dures. Immédiatement après, plusieurs cautères actuels sont éteints dans les anfractuosités de la plaie, en évitant de trop se rapprocher de la ligne médiane et le pansement est fait

avec de la charpie sèche ou légèrement humide. On sait que M. Voillemier n'a pas recours à ce dernier temps (cautérisation); onze malades ont été traités ainsi par ce dernier chirurgien et ont guéri complétement.

c. Contracture du col vésical. —*Dilatateur bicoudé de M. Mercier.* — La contracture du col qui a pour effet de rendre beaucoup plus saillante sa lèvre inférieure et de produire par conséquent un obstacle à l'émission de l'urine, est un état fréquent chez les vieillards de Bicêtre. Dans le cas où cette contracture est l'élément essentiel et ne s'accompagne pas de la persistance de cette saillie médiane inférieure (valvule), M. Lannelongue emploie la dilatation forcée et se sert le plus souvent de l'ingénieux instrument de M. Mercier, qui représente une sonde bicoudée quand il est fermé et prêt à être introduit : il se compose de deux tiges plates ; l'une bicoudée portant un anneau dans lequel s'engage une autre droite qui peut glisser sur la première à l'aide d'une mortaise; une fois l'instrument introduit et le bec en bas, on pousse la tige droite. Cette dernière maintenue fixe, on retire un peu la branche bicoudée dont le bec, en pénétrant dans l'urèthre déprime la lèvre inférieure du col, jusqu'à ce que le bec vienne l'accrocher immédiatement.

d. Eléphantiasis du scrotum. — *Expectation.* — *Amputation.* — Si le malade a dépassé 70 ans, M. Lannelongue n'est pas d'avis d'opérer et se contente d'appliquer des mesures hygiéniques, de soustraire le malade aux influences climatériques mauvaises, d'user de soins de propreté minutieux et de donner un régime fortifiant. Si le sujet est plus jeune et placé dans de bonnes conditions, il croit que malgré le succès obtenu par Chopart, l'extirpation ou l'amputation est préférable à la cautérisation. Il est difficile avant l'opération de décrire d'une façon précise les règles à suivre : il faut cependant éviter de léser les cordons et les glandes testiculaires qui généralement ne sont qu'englobées dans la masse éléphantiasique et avoir soin de conserver assez de peau pour recouvrir la surface cruentée profonde.

Nous nous souvenons d'avoir vu, il y a quelques années, M. Verneuil opérer à Lariboisière un éléphantiasis scrotal très-volumineux par le procédé *à double valve* destinée à former la loge testiculaire, qui lui a fourni un résultat très-satisfaisant.

2° Affections oculaires.

a. Cataracte. — *Ablation en masse (opération de Sperino de Turin).* — Dans les cas de cataractes séniles avec un noyau assez volumineux, M. Lannelongue, à l'exemple de M. Sperino, de Turin, de Pagenstecher (de Wiesbaden) et de Wecker, emploie l'*extraction sans ouverture de la cristalloïde* ou ablation en masse du cristallin avec sa capsule. Il fait le lambeau ordinaire, mais ne pratique pas comme Pagenstecher et Wecker l'iridectomie.

Eu égard à cette excision de l'iris, M. Lannelongue a remarqué qu'un grand nombre de vieillards opérés, il y a quelques années, par les méthodes s'accompagnant d'iridectomie et en particulier celle de Graëfe, présentent une perte complète de la vision malgré la translucidité des milieux intra-oculaires ; il ne sait pas jusqu'à quel point l'iridectomie prédisposerait à ces amauroses consécutives, mais il a grande tendance à lui faire jouer un rôle dans leur production.

Il n'a pas recours à l'anesthésie par l'éther que le Dr Wecker emploie toujours dans le but de prévenir l'excitation et surtout les vomissements si nuisibles après l'opération de la cataracte. Il ne commence pas non plus, comme Delgado, par introduire à travers la cornée un instrument spécial destiné à détacher et à mobiliser l'appareil cristallinien !

Lorsqu'elle réussit, cette opération (extraction en masse) donne de très-beaux résultats, car il n'y a pas à craindre ici les cataractes secondaires, mais elle expose à des accidents graves, et en particulier à l'issue du corps vitré, qui d'une

façon générale l'ont fait repousser par bien des ophthalmologistes.

J'avoue, qu'au point de vue anatomique, nous ne nous rendons pas un compte bien exact de la possibilité de cette extraction en masse ; car on sait que sur l'œil sain la face postérieure de la lentille cristallinienne est unie par sa cristalloïde à l'humeur vitrée, et que dès qu'on vient à l'en détacher, cette dernière s'écoule : on sait d'autre part avec quelle facilité cette cristalloïde, par ses propriétés physiologiques spéciales, revient subitement sur elle-même dès qu'une simple piqûre l'a intéressée ; il faut donc supposer que dans ces cas pathologiques certaines modifications se sont produites qui ont pour but de séparer, d'isoler l'enveloppe du cristallin de la face antérieure de la masse vitrée : toutefois la démonstration de ce fait n'a pas encore été mise en lumière.

b. Kératite vasculaire. — Pannus. — *Excision.* — *Cautérisation.* — Le premier point à tenter est la destruction de la cause irritante avant de s'adresser à la thérapeutique de l'affection de la cornée : il faut donc appliquer ici un traitement chirurgical qui a pour but sinon de supprimer, du moins de limiter la nouvelle circulation qui s'est formée : on ne réussit pas toujours, car une portion de ces vaisseaux appartient au plan sclérotical profond et est constituée par le développement exagéré des artères ciliaires longues.

On ne peut donc agir que sur les vaisseaux superficiels qui sont incisés ou réséqués (excision de Küchler périphérique à la cornée). C'est à cette dernière opération surtout que s'arrêterait M. Lannelongue, qui saisit la conjonctive épaissie et vasculaire avec des pinces à griffes et l'enlève avec des ciseaux courbes. On peut espérer que le tissu inodulaire résultant de cette *circoncision cornéenne* déterminera une compression qui apportera un obstacle salutaire à la circulation morbide de la cornée. Ce chirurgien est très-réservé sur l'emploi des cautérisations combinées à l'opération précédente, parce qu'elles peuvent aggraver d'une façon très-fâcheuse les altérations cornéennes. Il ferait usage de ces cautérisations plutôt dans les cas de kératite vasculaire sans pannus, c'est-à-dire lorsqu'on a affaire à une circulation qui n'est encore que superficielle. Il ne recommande également que sous bénéfice d'inventaire les inoculations du pus de l'ophthalmie purulente ou celui du pus blennorrhagique qui ont été préconisées en 1842 par F. Jager.

c. Pustule maligne de la paupière inférieure. — *Autoplastie.* — *Blépharoraphie.* — Cautérisations profondes avec le chlorure de zinc liquide. Attendre que l'élimination de l'eschare ait lieu. Après la cicatrisation, anaplastie à l'aide d'un lambeau pris sur la surface malaire et la joue, rotation et glissement de ce lambeau. M. Lannelongue pratique, à l'exemple de Denonvilliers, la blépharoraphie, suture des paupières, qu'il maintient pendant très-longtemps jusqu'à ce que la plaie soit complétement cicatrisée et même au delà. Nous avons vu dans son service de Bicêtre un jeune berger chez lequel ce procédé a été suivi d'un succès complet.

3° Affections des os.

a. Consolidation vicieuse d'une fracture du fémur. — *Rupture du cal.* — *Appareil silicaté.* — Si le cal est encore malléable, M. Lannelongue après avoir essayé en vain l'immobilisation prolongée, n'hésite pas à avoir recours à la rupture de ce cal suivie de la juxtaposition des fragments et de l'application d'un nouvel appareil inamovible. Cette immobilisation immédiate prévient les accidents inflammatoires qui pourraient résulter de ce traumatisme en même temps qu'elle favorise plus tard la formation du cal. Il préfère comme appareil les tours de bandes silicatées embrassant également le bassin et recouvrant l'épaisse couche de ouate qui enveloppe tout le membre.

b. Fracture du col. — *Repos simple.* — *Position.* — Après avoir essayé dans bien

des ~ es les divers appareils préconisés pour ce genre de lésion, M. Lannelongue est arrivé à ne traiter les fractures du col chez les vieillards que par la position et le repos seul. En effet les appareils, loin de favoriser toujours la consolidation, font souffrir les malades en exerçant sur les diverses parties des membres des pressions mal supportées et n'ont aucune prise sur le raccourcissement qui se produit toujours en supposant que la consolidation puisse s'effectuer. On évite aussi de cette manière la formation des eschares par suite d'une immobilité trop prolongée sur le lit.

Dr GILLETTE.

HOPITAL ST-ANTOINE.

Service de M. BENJAMIN ANGER.

Conférences de clinique chirurgicale du lun di.

Tumeur uréthro-vaginale. — M. Benjamin Anger a appelé l'attention de ses auditeurs sur un cas très-intéressant de tumeur de la cloison uréthro-vaginale développée chez une femme de 49 ans.

Cette tumeur avait pris un développement rapide et était arrivée dans l'espace de deux mois, à emplir toute la cavité du vagin. — En écartant les cuisses, on apercevait facilement la tumeur qui était rouge, bosselée. Le doigt pouvait avec la plus grande facilité la circonscrire : elle était très-distincte de l'utérus dont le col était parfaitement intact et mobile. — La tumeur présentait un large pédicule qui se continuait avec la paroi inférieure de l'urèthre. — La malade ayant été soumise à l'action du chloroforme, la tumeur fut légèrement abaissée à l'aide d'une pince à griffes et l'écraseur placé d'arrière en avant autour de son pédicule. — La section fut pratiquée sans hémorrhagie. — Le pansement fut fait à l'aide de boulettes de charpie et d'un bandage en T.

L'examen anatomique de la tumeur démontra dans son tissu l'existence de lobules arrondis séparés par du tissu fibreux et rappelant certains polypes du rectum.

Les tumeurs de la cloison uréthro-vaginale ne paraissent pas avoir été observées souvent par les chirurgiens, car il n'en est pas fait mention dans les plus récents ouvrages sur les maladies de l'utérus. — M. Mathias-Duval, professeur agrégé à la Faculté de médecine, a bien voulu se charger d'en faire l'examen microscopique.

Cancroïde. — Dans la même séance, M. B. Anger a enlevé un cancroïde de la région sous-malléolaire interne. — La malade avait déjà subi une première opération il y a environ une année, et l'examen microscopique de la tumeur était venu confirmer le diagnostic. La plaie n'était jamais parvenue à une cicatrisation complète. Il restait au centre une petite zone d'un centimètre de circonférence qui, depuis quelque temps, avait bourgeonné et menaçait d'envahir les parties du voisinage.

M. B. Anger ayant fait appliquer la bande élastique de Grandeno-Silvestri, a pratiqué une incision circulaire autour de la tumeur, enlevant deux centimètres de peau saine. — Il est probable que dans ces conditions il n'y aura pas de récidive. — L'application de la bande élastique a dispensé de se servir d'anesthésie. — L'opération s'est faite à sec sans perte de sang. — Quand la bande a été enlevée, une certaine quantité de sang veineux est sortie de la surface de la plaie, mais il a été facile d'arrêter cet écoulement avec de la charpie et une bande.

Les répullulations sur place des cancroïdes, les plaies d'opération n'étant point encore cicatrisées, ne paraissent pas extrêmement rares, puisque deux cas en ont été observés dans le service depuis une année.

Dans l'un et l'autre cas, les opérations avaient été pratiquées chez des vieillards.

Carie des os du tarse ; amputation de jambe. — Le malade est endormi, la bande élastique est appliquée

avec les précautions en usage ; une incision circulaire pratiquée à deux centimètres au-dessus des malléoles, divise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et en arrière le tendon d'Achille. — Une incision verticale de 6 cent. perpendiculaire à la première est abaissée sur la face interne du tibia. La peau étant relevée et disséquée, une incision circulaire divise tous les muscles jusqu'à l'os. — Le tibia et le péroné sont alors sectionnés, et on abat l'arête trop vive du tibia. — Pansement ouaté.

Fistule lacrymale. — M. B. Anger a également présenté à son auditoire, un jeune malade de vingt ans qui portait depuis cinq ans une tumeur lacrymale dans le grand angle de l'œil gauche. Il y avait en même temps une ophthalmie intense et un écoulement abondant de mucopus, chaque fois que l'on poussait sur le grand angle de l'œil.

Le canal lacrymal inférieur avait été fendu et le cathétérisme du canal nasal essayé sans succès par un autre chirurgien.

M. B. Anger, décidé à faire subir au malade une opération radicale, incisa crucialement la tumeur, puis déposa au fond de l'incision, à l'aide d'une curette, une petite quantité d'arsénite de cuivre. — Depuis longtemps nous voyons employer dans le service de ce chirurgien l'arsénite de cuivre comme caustique. — Ayant eu occasion d'observer les effets de ce composé arsénical, très-souvent en usage dans la fabrication des papiers peints, et qui détermine chez les ouvriers de larges ulcérations aux mains sans qu'il y ait jamais intoxication, M. B. Anger a eu l'idée de le substituer aux autres caustiques et s'est bien trouvé de son emploi.

En peu de jours le sac lacrymal fut détruit, la plaie se cicatrisa, l'œil revint dans son état normal, en un mot la maladie fut complétement guérie.

Ectropion. — Une dernière opération a été pratiquée sur un jeune malade porteur d'ectropion de la paupière inférieure droite. — M. B. Anger a employé le procédé suivant : le malade étant assis sur une chaise, le chirurgien incise la paupière inférieure de façon à séparer un V, dont l'écartement des branches correspond à la partie renversée de la paupière ; du sommet du V, une autre incision tombant sur la joue se prolonge de 1 à 2 cent. Le lambeau est relevé et les incisions réunies linéairement. De cette façon la paupière inférieure se trouve allongée d'une quantité suffisante.

MARIUS REY.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

Revue des traitements les plus généralement employés pendant l'année 1874, dans les hôpitaux de Paris.

FIÈVRE TYPHOÏDE. — Les succès merveilleux obtenus par les médecins allemands et les praticiens de Lyon dans le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, ont déterminé plusieurs médecins des hôpitaux de Paris à mettre cette médication en pratique dans leurs services. Il faut avouer que le résultat a été loin d'être aussi favorable que dans les statistiques des médecins étrangers. A plusieurs autopsies de malades traités par cette méthode, on a constaté une congestion générale de tous les viscères, et cette congestion avait dû avoir une influence sur la terminaison de la maladie.

Aussi, on a généralement renoncé à ce mode de traitement pour s'en tenir aux deux méthodes, par les bains tièdes de 28 à 30 degrés centigrades, ou bien par les lotions vinaigrées. Les deux traitements donnent des résultats très-favorables.

Il est important de recourir simultanément aux purgatifs salins administrés tous les deux ou trois jours selon l'état du malade et à la dose d'un ou deux verres d'eau de Sedlitz ou d'eau de Pullna à chaque fois. Lorsque la fièvre prend une forme un peu rémittente, deux ou trois doses de sulfate de quinine font disparaître les accès.

Dans les cas où la température ne dépasse pas 40° à 40° 5, il n'est pas néces-

saire d'avoir recours aux bains tièdes et aux lotions.

Pneumonie. — Lorsque l'on a affaire à un sujet vigoureux atteint d'une pneumonie bien franche, il ne faut pas hésiter à pratiquer dès le début une saignée assez abondante.

Dans les cas ordinaires, commencer par une application de ventouses scarrifiées *loco-dolenti*, et administrer en même temps un ipéca stibié. Le lendemain ou le surlendemain, un vésicatoire sur le côté malade et l'on aura soin d'en renouveler l'application au bout de quelques jours si la résolution n'est pas franche. Lorsque la fièvre est violente et que le pouls, malgré le traitement initial, continue à être plein et dur, l'emploi du tartre stibié à dose rasorienne est nécessaire. Dans les cas, où au contraire le malade est faible et débilité, et surtout lorsque l'on a affaire à un individu épuisé par des excès antérieurs, l'usage de l'alcool est nettement indiqué, et la potion de Tood ainsi que les vins généreux donnent dans ces cas des résultats vraiment extraordinaires. Chez cette catégorie de malades, lorsque la réaction fébrile du début n'est pas franche, il est bon de commencer dès le début par des applications de vésicatoires et de leur faire prendre aussitôt la potion de Tood.

Pleurésies. — La mortalité dans les pleurésies, qui autrefois était presque insignifiante, tient depuis quelques années à prendre des proportions beaucoup plus considérables. A quelle cause peut-on attribuer cette recrudescence. Vu sa coïncidence avec la généralisation de la pratique de la thoracentèse, on est naturellement porté à en attribuer la cause à cette opération. Si cette hypothèse n'est pas vraie, d'une manière absolue, je crois cependant qu'elle y contribue d'une façon indirecte.

Il y a quelques années, lorsqu'un malade au début d'une pleurésie franche venait consulter un médecin, une médication énergique lui était prescrite dès le premier jour. Depuis la thoracentèse, les choses se passent généralement d'une tout autre façon. Le malade se présente bien comme par le passé à la consultation du médecin, mais celui-ci, après l'avoir bien examiné et vu que la petite quantité de liquide n'exige pas encore d'opération, prescrit un traitement anodin et lui annonce pour une visite ultérieure une thoracentèse qui le débarrassera instantanément de un à deux litres de liquide contenus dans sa poitrine.

Il est certain, qu'au point de vue du public et de la clientèle, cette seconde manière a beaucoup plus de brillant; mais au point de vue du malade en est-il de même? Une certaine quantité de pleurésies légères, traitées au début par une médication énergique, n'auraient atteint que des proportions peu considérables, tandis que par l'expectation, la pleurésie n'étant plus ralentie dans sa marche, l'épanchement devient toujours plus grand.

Des considérations précédentes, la conduite du praticien est facile à déduire. Au début, il ne faut pas hésiter à agir soit par quelques émissions sanguines, soit par les vésicatoires plusieurs fois répétés. En même temps faire prendre aux malades quelques purgatifs et des diurétiques. Si malgré ces moyens l'épanchement fait des progrès, lorsque surtout la pleurésie se trouve du côté gauche et que le cœur se trouve déplacé, il ne faut pas hésiter à pratiquer une thoracentèse. Une précaution à laquelle il est bon d'avoir recours après une thoracentèse, c'est de priver autant que possible les malades de boisson pendant les deux ou trois jours qui suivent la thoracentèse, et de leur prescrire en même temps des sudorifiques et des diurétiques.

Poudre de Dower 40 à 50 centig. par jour, ainsi qu'un peu d'oxymel scillitique.

Rhumatisme articulaire. — Le rhumatisme articulaire aigu a été de beaucoup la maladie prédominante de l'année. Le traitement généralement employé a été l'application de ouate et de laudanum autour des articulations malades. Dans les cas, où le nombre des articulations prises était restreint, les vésicatoires sont indiqués. Comme traitement interne, on est complétement revenu à l'usage du sulfate

de quinine. Quant à tous les médicaments nouveaux, tels que la propylamine et la triméthylamine autour desquels il s'est fait tant de bruit les années précédentes, ils sont tombés dans l'oubli, et les quelques essais que l'on en a encore faits dans le courant de l'année, sont venus confirmer et justifier leur abandon.

Les complications cardiaques ont eu une fréquence plus qu'ordinaire, aussi ne saurait-on trop recommander d'ausculter chaque matin le cœur des malades atteints de rhumatisme articulaire et de leur appliquer un vésicatoire à la moindre altération des bruits.

Rhumatisme chronique. — Contre le rhumatisme chronique dans plusieurs cas, le jaborandi en provoquant des sueurs abondantes, a amené un mieux sensible et durable. Ce médicament a une propriété sudorifique merveilleuse, et d'après les succès que l'on a déjà obtenus par son administration, je suis persuadé que lorsque son action thérapeutique aura été essayée sur un plus grand nombre de malades, et que les indications de son emploi seront nettement déterminées, le jaborandi deviendra un agent thérapeutique précieux. Dans le rhumatisme noueux le jaborandi, qui avait d'abord paru donner de bons résultats, a été sans action définitive.

Le meilleur traitement de cette maladie consiste encore dans l'application longtemps prolongée des courants continus sur les articulations malades.

Un courant de 3 à 4 éléments laissé plusieurs nuits de suite, ce qui n'empêche pas dans la journée une application de 20 à 25 éléments pendant 10 minutes à un quart d'heure.

Phthisie. — A quoi bon traiter la phthisie? me répondront certain nombre de médecins : aucune médication ne guérit cette maladie, et si quelques malades prétendus phthisiques ont été améliorés, c'est que l'on avait affaire à une autre maladie.

Heureusement cette manière de voir n'est pas exacte, et des malades véritablement atteints d'affection tuberculeuse ont vu les symptômes de leur maladie diminuer peu à peu sous l'influence d'une thérapeutique rationnelle qui, tout en ne s'adressant qu'à un symptôme, permet dans beaucoup de cas de relever l'état général du malade.

Le point capital dans ce traitement consiste d'abord à faire respirer aux malades un air aussi pur que possible. Quoi de plus irrationnel, en effet, que de voir des malades (déjà privés par les progrès de l'affection, du fonctionnement d'une partie plus ou moins considérable de leurs poumons), de les voir, dis-je, calfeutrés au fond d'une alcôve et entourés d'épais rideaux dans une chambre, dont on ouvre les portes qu'avec précaution et aussi rarement que possible de crainte qu'un courant d'air ne vienne leur faire attraper un refroidissement. La santé la plus robuste ne résisterait pas bien longtemps, et les miasmes, qui s'exhalent d'une manière continue de ces poumons malades, viennent encore ajouter leur influence pernicieuse à celle de la trop grande abondance d'acide carbonique, ils contribuent ainsi à rendre le séjour de cette chambre inhabitable et sont une des causes principales de ces accès d'étouffements, que nombre de médecins ont été à même de constater chez leurs malades.

Je conviens que si l'aération de la chambre est très-facile pendant la belle saison, alors que la température extérieure permet d'ouvrir largement les fenêtres, il n'en est plus de même pendant les jours rigoureux de l'hiver, alors surtout que la neige couvre les toits ou que la pluie vient rendre l'atmosphère extérieure froide et humide. Aussi, pendant l'hiver, est-il indispensable de faire changer de chambre le malade aussi fréquemment que possible, ou mieux encore, lorsque sa position de fortune le permet, de l'envoyer passer l'hiver dans des pays dont la température soit assez douce pour lui permettre l'aération que nous venons de démontrer lui être indispensable.

Toujours dans le même but de faciliter son hématose languissante et pour répondre à une seconde indication non moins importante que la nutrition, il faut autant que cela lui est possible et que le temps le permet, faire exécuter au malade au mi-

lieu du jour une promenade au soleil. Puisque nous parlons de la nutrition du malade, il ne sera pas sans intérêt d'énumérer quelques-uns des médicaments les plus usités pour combattre l'anorexie et ces digestions pénibles auxquelles les malades sont souvent sujets. Les gouttes amères de Beaumé, 4 à 8 gouttes au moment des repas, répondent aux deux indications. La tisane de quassia amara, la poudre de rhubarbe sont aussi dans le même cas, mais d'une manière moins active. Si les digestions sont très-douloureuses, les gouttes noires anglaises des quakers réussissent souvent beaucoup mieux que les autres préparations opiacées.

Une troisième indication, consiste à agir sur la nutrition générale. Le lactophosphate de chaux agit dans ce sens en activant la nutrition générale, et de plus il a une action favorable sur la transformation crétacée des tubercules; cette transformation crétacée, lorsque l'hygiène amène en même temps une amélioration dans la santé générale du malade, correspond à une guérison de la maladie. Malheureusement ce résultat heureux n'est que l'exception. Les arsenicaux agissent d'abord sur les fonctions digestives qu'ils rendent plus actives; puis leur action, comme médicaments d'épargne, se font sentir sur tout l'organisme, ils ralentissent la dénutrition des malades, et empêchent cet amaigrissement souvent si rapide, qui est un des symptômes les plus funestes de la maladie.

Le vin généreux, bu en même temps que l'on fait usage de viande crue, est un bon adjuvant de ce traitement.

Dans le but de faire engraisser les malades, on a souvent recours à l'huile de foie de morue. Ce médicament a le grand inconvénient de dégoûter profondément un grand nombre de malades, de leur enlever souvent le peu d'appétit qui leur reste, et de ne pas procurer d'avantages en rapport avec ces deux grands inconvénients. Le Koumys a été donné dans le même but; lorsqu'il est bien préparé avec du lait de jument, ce précieux médicament a donné de bons résultats, mais sa bonne préparation est une condition indispensable et qui me paraît assez difficile à réaliser.

Comme autres indications importantes à soigner, nous avons encore la toux et la privation de sommeil qui en est souvent la conséquence. Contre ces symptômes, on est souvent obligé d'épuiser toute la série des calmants. Le chloral et la morphine sont encore les préparations qui réussissent le mieux. Leur association surtout, est souvent très-utile, et la potion suivante procure dans beaucoup de cas un soulagement marqué.

Chloral	4	grammes.
Sirop de morphine,	30	—
Eau,	100	—

Par cuillerée à bouche, 4 ou 5 fois par jour.

Au début, les applications sous-claviculaires de teinture d'iode et de vésicatoires volants sont généralement nécessaires.

A tous ces moyens généraux, il faut en ajouter un nombre d'autres dont l'usage se trouve indiqué par chaque cas en particulier.

Anasarque. Le traitement par excellence de l'anasarque, consiste dans l'usage du lait; je me sers de cette expression et non de celle de diète lactée, car, d'après nombres d'expériences, j'ai vu qu'il n'était pas du tout nécessaire d'infliger aux malades la torture de l'usage exclusif du lait.

Voici, je crois, le meilleur moyen de se servir de ce traitement, tout en ne le rendant pas trop désagréable aux malades. Aux repas, manger un peu de viande et très-peu de pain, dans l'intervalle des repas ne faire usage que du lait comme boisson et autant que possible arriver à en boire au moins deux litres par jour. Au moyen de ce traitement facile et même on peut dire agréable à supporter, l'amélioration est assez rapide et un anasarque, surtout un anasarque albuminurique, peut disparaître en quelques jours. En même temps il est bon de faire prendre au malade :

Oxymel scillitique, 40 à 50 gramm.
Ou bien,
Poudre de Dower, à 0 gr. 50 à 60 centigr.

Dr A. Cadier.

OBSTÉTRIQUE.

—

De l'accouchement prématuré artificiel (1).

11° Dans les accouchements retardés, c'est-à-dire dans les grossesses qui dépassent neuf mois.

Lorsque le fœtus reste plus de neuf mois et même plus de 280 jours dans le sein de sa mère, sa tête éprouve souvent des changements qui s'opposent à son libre passage dans le bassin. Les os du crâne acquièrent plus d'étendue, plus d'épaisseur, et plus de solidité; les sutures disparaissent, les os arrivant au contact; les fontanelles diminuent d'étendue et présentent quelquefois des os wormiens; la tête devient irréductible; d'où dystocie par excès de volume de la tête fœtale, dystocie qui exige au moins l'application du forceps. L'extraction du fœtus est alors très-longue, et par cela même très-pénible, très-dangereuse pour la mère, et plus dangereuse encore pour le fœtus qui vient souvent au monde mourant ou mort, comme j'ai pu m'en assurer plusieurs fois par moi-même. Si à cet état de la tête fœtale se joint un léger rétrécissement du bassin, on ne peut extraire le fœtus qu'après avoir diminué le volume de sa tête par la céphalotomie ou la céphalotripsie.

Pour éviter ce fâcheux résultat, Carus, Pritgen, etc., ont conseillé l'accouchement prématuré artificiel, à la fin du neuvième mois de grossesse.

Si l'on connaissait parfaitement l'époque de la conception, il ne faudrait pas hésiter à suivre ce précepte. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Le plus grand nombre des femmes ne savent pas le jour où elles ont conçu. Beaucoup de multipares et même de primipares ont leurs règles une, deux, trois fois et même plus après la conception. J'ai accouché une primipare qui, avant d'être enceinte, n'était réglée que tous les deux mois, et qui le fut tous les mois à partir de sa conception.

La plupart des femmes accouchent, il est vrai, entre la neuvième et la dixième absence de leurs règles; mais toutes les femmes n'ont pas leurs règles séparées par un même intervalle; les unes sont réglées tous les 21 jours; d'autres, et c'est le plus grand nombre, le sont tous les 28 ou 30 jours; on en trouve chez lesquelles toute menstruation est séparée de la suivante par 35 jours. J'en connais qui ne sont réglées que tous les deux mois. Quelques-unes, dans nos campagnes d'Ille-et-Vilaine ne sont jamais réglées l'hiver, et il doit en être ainsi pour d'autres départements; enfin il y a des femmes dont la menstruation est tellement irrégulière qu'elles ne savent jamais quand elles doivent être réglées.

Comment s'y prendre pour fixer le terme des neuf mois de grossesse? On peut, il est vrai, se renseigner par l'époque où la femme a senti les premiers mouvements de son enfant. Ici il y a encore des causes d'erreur : toutes les femmes ne sentent pas les premiers mouvements de leur enfant à l'époque classique de 4 mois 1/2; quelques-unes les sentent plus tôt, dès trois mois 1/2; d'autres plus tard, à 5 mois, à 6 mois; enfin il y en a qui ne les senten jamais. Beaucoup de femmes ne remarquent pas à qu'elle époque elles ont senti les premiers mouvements du fœtus et n'en savent rien. Toutes ces variations individuelles, tant pour l'intervalle inter-menstruel que pour l'époque où le fœtus a bougé pour la première fois d'une façon sensible pour la mère, mettent le praticien dans l'embarras pour décider à quelle époque il est convenable d'agir. Quoi qu'il en soit, avec l'antécédent, chez la même femme, de deux accouchements retardés où les fœtus ont présenté une ossification exagérée de la tête, qui aura été la cause d'une dystocie mortelle pour le fœtus, l'accoucheur après avoir pris toutes les précautions possibles pour opérer en temps convenable, fera bien de recourir à l'accouchement prématuré artificiel.

12° Lorsqu'un fœtus meurt dans l'utérus et y séjourne plus ou moins longtemps.

(1) Voir le dernier numéro.

Osiander et quelques autres accoucheurs ont proposé dans ce cas de recourir à l'accouchement prématuré artificiel, afin de débarrasser la femme de ce produit inutile et gênant qui, croyaient-ils, pouvait déterminer de graves accidents.

Je crois cette opinion exagérée. En effet, tant que les membranes ne sont pas rompues et le liquide amniotique écoulé, ni le fœtus ni ses annexes ne se putréfient réellement, et par conséquent ne peuvent porter aucun préjudice à la mère; de plus, généralement le travail ne tarde pas à se déclarer spontanément. Lorsque les membranes sont rompues, le fœtus et ses annexes se putréfient vite ; mais le plus souvent il survient des contractions utérines qui expulsent le produit de la conception. Dans le cas contraire, le fœtus et ses annexes s'échappent par portion, résultat que l'on favorise au moyen d'injections.

D'où je conclus, que pour les fœtus morts dans le sein de leur mère, il n'y a pas lieu de recourir à l'accouchement prématuré artificiel. Lorsque les membranes sont intactes, il suffit d'attendre les contractions utérines qui se déclareront d'elles-mêmes, le produit de la conception n'étant plus alors qu'un corps étranger dont l'organisme tent à se débarrasser.

Dans le cas de membranes rompues, il ne sera besoin que d'accélérer la sortie du produit de la conception, par l'administration de quelques doses le seigle ergoté et l'usage d'injections détersives et antiputrides. En même temps, la femme sera soumise à un régime nutritif, reconstituant et tonique.

L'accouchement prématuré artificiel est contre-indiqué, au dire de quelques accoucheurs, dans les cas de bassins viciés.

A. Chez les primipares.

1° Par la difficulté de les mettre en travail. Cette difficulté n'est pas sérieuse, même en se servant de l'éponge, à bien plus forte raison si l'on a recours aux douches. Voir les observations 1, 2, 5, 11, 14, 16.

2° Parce qu'elles peuvent quelquefois accoucher spontanément à terme.

Cette terminaison est possible avec un bassin ayant au moins 90 millimètres au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, pourvu que ni le père ni la mère n'aient la tête grosse; car il est d'observation vulgaire que si les parents ont la tête grosse l'enfant l'aura de même. Aussi beaucoup de mères refusent de prendre pour gendre un homme ayant une grosse tête.

Je pense que chez une primipare dont le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne mesure pas au moins 90 millimètres, on aurait tort d'attendre l'expérience d'un premier accouchement : il n'est pas prudent de compter sur les faits exceptionnels.

Malheureusement les médecins ne sont pas toujours consultés avant ou pendant la grossesse, relativement à la bonne ou à la mauvaise conformation d'un bassin. Le plus souvent ce n'est qu'au moment de l'accouchement que nous avons l'occasion de constater les vices de conformation du pelvis, la plupart des femmes se croyant bien faites et leurs mères ayant la même croyance. En voici un exemple : mon confrère et ami le docteur J.-M. Aussant, se trouvant depuis trois jours auprès de Mme de C... primipare fortement ensellée et de petite taille, voyant que malgré de bonnes contractions utérines le travail ne marchait pas et que la tête du fœtus restait toujours au-dessus du détroit supérieur, me fit prier de lui venir en aide ; la bonne conformation de cette jeune dame me paraissant fort douteuse, je demandai à sa mère si sa fille était bien faite, sa réponse fut : *très-bien faite*. Or, la mensuration de son bassin m'apprit que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesurait à peine 10 centimètres. J'eus avec le forceps une fille vivante ; à une seconde grossesse je dus encore appliquer le forceps, pour extraire une fille vivante. Cette dame n'a plus eu d'enfants ; il est probable que si elle avait eu des garçons ils seraient venus morts, d'autant plus que les deux conjoints ont la tête grosse.

Dans les maternités, il est facile d'acquérir de bonne heure la certitude d'une mauvaise conformation du bassin et d'agir en conséquence; la personne qui

examine la femme à son entrée constate le vice de conformation et vous en prévient de suite. Dans la pratique particulière c'est tout autre chose; c'est à peine si l'accoucheur peut toucher au début du travail, et plus tard, si la parturiante crie on vous prie de vous abstenir; d'où il résulte que ce n'est souvent que très-tard que le vice de conformation est constaté d'une façon certaine.

B. Dans les grossesses gémellaires. Les fœtus étant généralement plus petits que dans les grossesses simples peuvent facilement traverser un bassin légèrement rétréci. C'est ainsi que les choses se passent ordinairement et l'on fera bien d'attendre le moment de l'accouchement spontané si la femme ne présente qu'une légère difformité. Mais si le vice de conformation est prononcé, quoique la femme soit primipare, il ne faut pas hésiter à recourir à l'accouchement prématuré artificiel. En effet, il ne faut pas toujours compter sur la petitesse des jumeaux, comme le prouve l'observation suivante : Le 27 août 1853, j'accouchai Mme P..., multipare, de deux jumeaux; l'un pesait 4 kil. 750 grammes, et l'autre 4 kil. 250 grammes; pendant tout le dernier mois de sa grossesse cette dame, dont l'abdomen était énorme, fut obligée de garder le lit. Elle s'y tenait sur le dos, les membres inférieurs écartés et le ventre, passant entre les cuisses reposait sur le lit. Je connais un autre cas semblable.

C. Dans les présentations vicieuses du fœtus.

On donne le conseil de s'abstenir de l'accouchement prématuré artificiel dans les mauvaises présentations du fœtus, vu qu'elles peuvent se transformer en bonnes présentations dans les derniers temps de la grossesse. Cette transformation est peu probable dans les cas d'angustie pelvienne, puisque, le plus souvent alors, l'angustie est la cause de la mauvaise présentation du fœtus. D'ailleurs, que gagnerait-on à attendre le terme de la grossesse, sinon l'impossibilité absolue d'obtenir un enfant vivant. Il est donc préférable de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel après avoir placé le fœtus dans une bonne présentation au moyen de la version par manœuvre externe, et si l'on ne peut parvenir à changer la présentation, pratiquer quand même l'accouchement prématuré artificiel et recourir à la version par manœuvre interne, qui donne de très-beaux résultats lorsqu'elle est pratiquée au temps d'élection.

Appréciation. L'accouchement prématuré artificiel a pour but d'obtenir un enfant vivant et viable; or, comme il n'est pas beaucoup plus dangereux pour la mère que l'accouchement naturel, il doit être préféré, dans l'angustie pelvienne, à l'opération césarienne et à la symphyséotomie qui tuent ou estropient la mère et ne donnent pas toujours un enfant vivant. A plus forte raison doit-on le préférer à la céphalotomie avec crochets et même à la céphalotripsie avec ou sans tractions, opérations qui tuent le fœtus, ne sauvent pas toujours la mère et l'estropient quelquefois.

On doit aussi y recourir lorsque la mère est atteinte d'une maladie dont la terminaison fatale est avancée par la grossesse; car si la mère meurt pendant sa grossesse le fœtus périra presque toujours en même temps qu'elle ou même avant elle. On cite bien de temps en temps un fœtus extrait vivant du sein de sa mère morte; mais ce fait est extrêmement rare. J'ai pratiqué douze fois l'opération césarienne *post mortem* et douze fois j'ai trouvé non-seulement les fœtus morts, mais présentant la roideur cadavérique, ce qui prouve qu'ils étaient morts avant leurs mères. Dans trois cas j'assistai à l'agonie des mères et l'opération fut pratiquée aussitôt qu'elles eurent rendu le dernier soupir.

Dans les cas de mort intra-utérine, d'un fœtus viable, par anémie de la mère, si cet accident se répète à deux grossesses successives, on agit alors quelques jours avant l'époque présumée de la mort du fœtus (observation 17).

On doit aussi y avoir recours lorsque la mort intra-utérine est le résultat de la compression du cordon, comme dans l'observation du docteur Charrier.

Dans les grossesses qui dépassent le

terme ordinaire de la gestation, il convient de s'abstenir à la première grossesse; mais on devra agir à la seconde si le premier enfant a succombé pendant le travail soit naturel, soit artificiel avec forceps, version, par suite d'une ossification trop avancée des os du crâne.

Dans l'angustie pelvienne, l'accouchement prématuré artificiel donne au fœtus viable toute chance de naître vivant et de continuer de vivre, puisqu'il ne souffre pas plus en traversant un bassin rétréci, si l'on a bien calculé l'époque à laquelle on doit provoquer le travail, qu'un fœtus à terme et bien conformé ne souffre en traversant un bassin normal.

Le fœtus court d'autant plus de risques de périr pendant le travail qu'il est plus avancé en âge (l'ossification étant plus complète), le bassin plus étroit et que l'on est obligé de recourir au forceps ou à la version; mais à terme on n'en sauverait peut-être pas un seul.

Il est d'une grande importance, pour le fœtus, de calculer l'époque précise à laquelle il faut pratiquer l'accouchement en se basant sur le degré de rétrécissement du bassin maternel.

Lorsque le diamètre sacro-pubien ou le diamètre bi-sciatique n'ont que 6 à 7 centimètres, il faut faire accoucher à sept mois pleins. Les diamètres bi-pariétal et occipito-bregmatique n'ayant à cet âge que 7 centimètres et étant très-réductibles. Le diamètre bi-mastoïdien varie entre 4 et 5 centimètres.

Lorsque le diamètre sacro-pubien ou le diamètre bi-sciatique n'ont que 7 à 8 centimètres, il faut faire accoucher à sept mois et demi. Les diamètres bi-pariétal et occipito-bregmatique n'ont alors que 7 centimètres et demi et sont très-réductibles, le diamètre bi-mastoïdien ne dépasse pas 6 centimètres.

Lorsque le diamètre sacro-pubien ou le diamètre bi-sciatique n'ont que 8 à 9 centimètres, faites accoucher à huit mois pleins. A cet âge les diamètres bi-pariétal et occipito-bregmatique n'ont que 8 centimètres et sont réductibles. Le diamètre bi-mastoïdien n'a pas plus de 6 centimètres et demi.

Lorsque le diamètre sacro-pubien ou le diamètre bi-sciatique n'ont que 95 millimètres d'étendue on doit mettre en travail à huit mois et demi. A cet âge les diamètres bi-pariétal et occipito-bregmatique n'ont que 8 centimètres et demi et sont réductibles. Le diamètre bi-mastoïdien varie entre 7 centimètres et 75 millimètres.

Lorsque l'accouchement prématuré est pratiqué à cause d'une maladie de la mère dont la grossesse accélère la terminaison fatale, l'état de la mère décidera de l'époque de la grossesse à laquelle on devra y recourir en tâchant toutefois d'approcher le plus possible du terme de la grossesse.

Il est important pour que l'enfant vive:

1° Qu'il ait une bonne nourrice prête à lui donner le sein aussitôt sa naissance;

2° Qu'il soit complétement enveloppé de coton cardé ou de ouate;

3° Qu'il soit ondoyé avec de l'eau tiède et à domicile et non porté à l'église;

4° Qu'il ne soit pas non plus porté à la mairie;

5° Qu'il ne sorte pas avant d'avoir acquis assez de force pour subir, sans danger, l'influence de l'air extérieur.

En me conformant à toutes ces prescriptions relatives à l'époque de l'accouchement et aux soins à donner à l'enfant, j'ai obtenu beaucoup d'enfants, viables, vivants et qui ont continué de vivre.

Quoique l'accouchement prématuré artificiel soit maintenant d'une pratique usuelle, il convient, avant d'y recourir, de s'éclairer de l'avis d'un ou de plusieurs confrères. Après avoir examiné ensemble la conformation du bassin, l'état maladif ou autre de la femme, on décide en commun si l'on doit y avoir recours ou non, et, dans le cas d'affirmative on convient du moyen à employer et du jour où l'on doit mettre la femme en travail. Il convient encore que deux médecins au moins se réunissent pour y procéder, pour mettre leur responsabilité à couvert.

Divers moyens ont été proposés et em-

ployés pour faire entrer la matrice en contraction et déterminer ainsi l'accouchement prématuré artificiel.

A. D'Outrepont conseille de frictionner la matrice par-dessus les parois abdominales et de titiller le col de cet organe par le vagin. Je crois ce moyen tout à fait insuffisant si la matrice ne se contracte pas déjà d'elle-même. Il ne peut donc convenir que dans l'accouchement forcé lorsque l'utérus se contracte spontanément, comme on l'observe très-souvent sous l'influence d'une éclampsie ou d'une hémorrhagie utérine.

B. Déchirer les membranes pour faire couler le liquide amniotique.

Les uns perforent les membranes au niveau de l'orifice utérin (Clarke), d'autres les perforent à une certaine hauteur dans l'utérus (Meissener). Ce moyen n'est pas sans danger pour la mère et pour le fœtus qui peuvent être blessés. Quel que soit l'endroit où les membranes seront perforées, le liquide amniotique s'écoulera en partie, l'utérus reviendra sur lui-même et entrera en contraction ; mais il peut se passer plusieurs jours avant qu'un véritable travail ne se déclare.

Dans des accouchements spontanés j'ai vu les membranes se rompre spontanément quinze jours et trois semaines avant le travail.

Desormeaux cite un cas dans lequel le travail ne se déclara qu'un mois après la rupture spontanée des membranes. Si le liquide amniotique s'écoule en totalité, le fœtus sera exposé à une compression telle qu'il ne pourra venir vivant. Or, quel est le but de l'accouchement prématuré artificiel? Sauver la mère et le fœtus. Ce procédé ne convient donc réellement que dans les cas d'hydramnios où le fœtus n'est généralement pas viable.

C. Décollement des membranes aux environs du col utérin.

1° Avec l'indicateur ou avec une sonde mousse.

Ce procédé est impraticable chez les primipares, à moins que l'on n'ait préalablement dilaté l'orifice et la portion cervicale de l'utérus.

Lorsque la femme est multipare l'indicateur peut le plus souvent arriver aux membranes, mais pour les décoller avec le doigt dans une étendue verticale de 5 à 6 centimètres il faut introduire toute la main dans le vagin, ce qui n'est pas toujours facile, et est toujours très-douloureux pour la femme. Il est préférable alors de se servir d'une grosse sonde mousse pour être moins exposé à rompre les membranes. C'est le procédé Hamilton.

2° Au moyen d'injections entre l'utérus et les membranes d'eau de goudron (Cohen), ou simplement comme fait M. Blot, avec 70 à 80 grammes d'eau pure.

Les injections intra-utérines, même avec de l'eau pure à haute dose, ne sont pas toujours sans danger (voir l'observation 14). Mais je crois qu'il ne peut y avoir d'inconvénient à injecter 70 à 80 grammes d'eau entre l'utérus et les membranes.

Le décollement pur et simple des membranes ne donnant généralement pas un résultat très-prompt, je crois que dans la majorité des cas il convient de s'en abstenir et de recourir à un autre procédé.

GODEFROY,
Professeur à l'Ecole de médecine de Rennes.

(*A suivre.*)

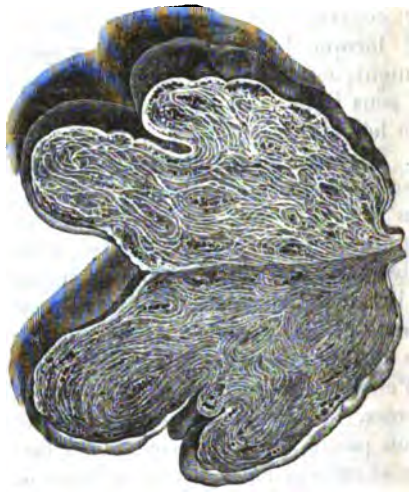
PYROTECHNIE CHIRURGICALE.

Ablation des tumeurs pédiculées de la peau, au moyen de la galvanocaustique thermique (1).

Fibrôme pédiculé de la peau; ablation faite avec le sécateur galvanique; guérison. — Le 18 juin 1869, Mme. M..., âgée de 38 ans, d'une belle et forte constitution, vint à mon dispensaire me consulter de la part du docteur Lessorre pour une tumeur qu'elle portait au côté gauche. En l'examinant je trouvai vers le milieu du bord de l'os des îles une tumeur pédiculée dure et bosselée.

(1) Suite et fin. Voir le précédent numéro.

Mme M..... me dit s'être aperçue dès l'âge de 20 ans, qu'elle portait une tumeur très-petite et indolente, qui plus tard augmenta graduellement de volume sans autre cause appréciable que le frottement des vêtements. Désirant en être débarrassée le plus tôt possible, j'en saisis le pédicule dans l'anse de mon sécateur galvanique, j'isolai la canule du corps avec un carton, et mettant l'instrument en rapport avec une petite pile chirurgicale, j'en fis l'ablation sans écoulement sanguin. L'es-



chare et la peau voisine furent recouvertes d'une couche de collodion.

Après la chute de l'eschare il se forma une petite croûte ; mais comme le frottement des vêtements l'enlevait et irritait la plaie, j'engageai Mme D... à la protéger avec une plaque de carton, et peu de temps après la cicatrisation fut achevée.

Lipôme de la cuisse ; ablation faite avec le sécateur galvanique; guérison. — Dans les premiers jours de septembre 1873, une dame âgée de 33 ans vint à mon dispensaire me consulter pour une fistule à l'anus qu'elle avait depuis plusieurs mois, et pour une tumeur légèrement pédiculée qu'elle portait à la partie supérieure de la cuisse droite, à 3 centimètres environ du sillon fessier. Cette tumeur peu développée pendant sa jeunesse avait augmenté de volume depuis 1870. Elle me pria de vouloir bien opérer la fistule et enlever la tumeur le même jour.

Le 14, assisté par M. le docteur Lapeyrère, je fis placer Mme D... sur un lit peu élevé, et j'introduisis dans la fistule ouvrant à la fesse droite, une sonde d'argent à large cannelure que je fis ressortir par l'anus, puis je fis la section du pont charnu avec le bistouri galvanique sans écoulement sanguin. Alors je passai autour de la base de la tumeur une anse métallique de 2 centimètres de diamètre, je plaçai une compresse entre la cuisse et le sécateur, et je priai mon confrère de bien maintenir la tumeur. L'instrument mis en rapport avec une pile de Trouvé, je fis la section par simples traction et sans écoulement sanguin. Application d'une couche de collodion sur l'eschare et la peau voisine.

Le 22 la plaie fut touchée avec le nitrate d'argent.

Le 25, je trouvai une petite croûte qui fit place dans le courant d'octobre à une cicatrice très-étroite.

M. le docteur Hénocque ayant bien voulu en faire l'examen histologique, m'a fait savoir que la tumeur était une hypertrophie partielle du tissu cellulo-adipeux sous-cutané, et qu'elle était sur la limite de molluscum et du lipôme.

Fibro-lipôme pédiculé de la peau; ablation faite avec le sécateur galvanique; guérison. — Mme B..., âgée de 44 ans, d'un tempérament lymphatique me fut adressée, le 11 novembre 1873, par le docteur Martin; cette dame me montra vers le centre de la région lombaire gauche une petite tumeur facile à reconnaître pour un fibro-lipôme pédiculé de la peau, saignant depuis quelque temps, et étant le siége d'élancements qui lui donnaient des inquiétudes; il fut convenu qu'il serait enlevé sans retard. Le lendemain Mme B... étant venue chez moi, je la fis asseoir sur une chaise, je passai la tumeur dans l'anse du sécateur ayant environ 2 centimètres et demi de diamètre, et je la fis tenir par un assistant, auquel je confiai également une petite plaque de carton, placée entre la peau et la canule double.

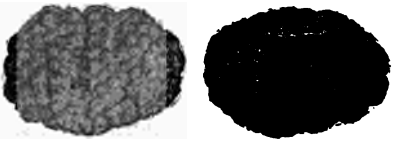
L'instrument mis en rapport avec une pile thermique, je sectionnai en quelques secondes le pédicule par traction, sans contraction et sans écoulement sanguin.

L'eschare et la peau voisine furent recouvertes dune couche de collodion.

Le 20, je trouvai une petite croûte à la place de l'eschare.

Le 5 décembre, la croûte avait fait place à une cicatrice un peu saillante.

Végétation vénérienne sur la verge; ablation au moyen de l'anse galvanique; guérison (1). — Le 17 juillet 1874, M. le docteur Servaux m'adressa un jeune homme de 16 ans, ayant autour du gland plusieurs végétations vénériennes dont il faisait remonter l'origine à cinq mois. La



plus volumineuse, placée au côté droit du gland, sur la face interne du prépuce, me parut devoir être enlevée au moyen de la galvano-caustique thermique et les autres cautérisées avec un acide.

Le 18, le malade étant venu chez moi, je le fis asseoir sur un fauteuil et je saisis la tumeur à sa base avec une pince courbe que je confiai à M. Faguet, en le priant de vouloir bien en même temps maintenir la verge dans une position convenable. Passant alors autour du pédicule de la tumeur, une anse de platine maintenue avec deux pinces à torsion montées sur les réophores, je les plaçai dans la main droite en les séparant avec l'auriculaire, et prenant la petite pile Trouvé de la main gauche, je la plongeai dans le bain de bi-chromate de manière à porter le fil au rouge. La section eut lieu en quelques secondes et sans écoulement sanguin. Je cautérisai ensuite les autres végétations avec de l'acide chromique pur, et je plaçai de la ouate de coton entre le prépuce et le gland; puis, l'opéré retourna chez lui.

Tumeur pédiculée du bras gauche; ablation avec le bistouri galvanique; guérison. — M. L..., né le 29 décembre 1842, à Stuttgard (Wurtemberg), employé dans une maison de commission à Paris, a toujours joui d'une bonne santé, quoique d'un tempérament très-lymphatique. Au mois de septembre 1871, il s'aperçut qu'il portait au bras gauche une tumeur indolente et comme elle ne le gênait pas, il négligea de s'en occuper. Peu à peu elle

(1) Je donne le nom d'*anse galvanique* à un fil de platine maintenu avec deux pinces, et rougi au moyen d'un courant électrique.

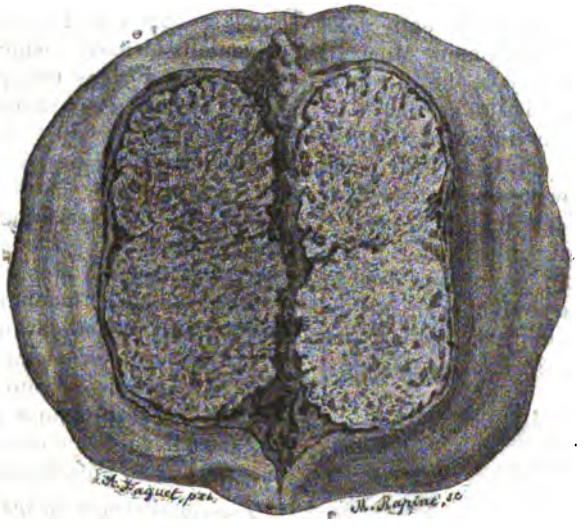
augmenta de volume sans perdre de ses caractères, et vers le milieu de 1872, elle commença à se pédiculer. A la fin de l'année il la fit examiner par le docteur Pfeiffer son médecin, et il fut convenu qu'elle serait enlevée prochainement.

Le 25 janvier 1873, en examinant M. L..., je trouvai une tumeur pendante, mobile, recouverte d'une peau très-fine, demi-transparente, avec du tissu cellulaire légèrement infiltré; à l'intérieur on sentait un noyau dur, lisse, roulant sous le doigt, qui me parut être un enchondrôme.

Le 2 février, je priai M. Faguet, qui voulut bien m'assister dans cette opération, d'en faire le dessin, et lorsqu'il fut terminé, M. L... s'étant placé sur un lit, fut anesthésié par M. le docteur Pfeiffer.

Quand l'insensibilité fut complète, j'enlevai lentement la tumeur avec le bistouri galvanique à l'union de la peau saine avec la peau amincie. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang provenant d'artérioles cutanées, cautérisées aussitôt qu'elles étaient ouvertes.

L'opération terminée, j'appliquai une couche de collodion élastique tout autour de la plaie, qui fut ensuite recouverte d'ouate de coton que l'on maintint avec un serre-bras ordinaire. La fièvre traumatique fut assez légère pour que le malade m'affirmât le lendemain qu'il n'en avait pas eu. Il avait, du reste, très-bien dormi et demandait à prendre sa nourriture ordinaire, ce qui lui fut accordé.



Comme le temps était froid et humide, e l'engageai à rester chez lui pendant trois jours. La plaie fut pansée d'abord avec de la ouate de coton, mais trouvant que la cicatrisation se faisait trop lentement, je la fis recouvrir d'un plumasseau de charpie sèche et placer la ouate pardessus; le soir on remplaçait la ouate et la plus grande partie de la charpie par un cataplasme de farine de riz, et le lendemain matin on enlevait le tout; puis on appliquait de la charpie nouvelle. La cicatrisation marcha régulièrement, mais lentement à cause de la constitution du malade, et vers la fin d'avril, la petite plaie restant encore, était recouverte d'une croûte que je recommandai à M. L... de ne pas arracher.

Huit jours après, elle fut enlevée et je fis reprendre le pansement ordinaire. A la fin du mois de mai, la cicatrisation était complète.

M. le docteur Cornil ayant bien voulu examiner cette tumeur au microscope,

m'a remis la note suivante : « La tumeur dont vous m'avez donné une portion est composée de cylindres arborisés, ramifiés, terminés en culs-de-sac formés eux-mêmes de cellules pavimenteuses, égales entre elles, granuleuses ou cornées avec noyau atrophié, semblables à celles des glandes cébacées. Ce sont ces filaments qui étaient visibles à l'œil nu et opaques. Un peu de tissu conjonctif les sépare.

La tumeur était enkystée et y il avait là une membrane comme autour des loupes. C'est une tumeur sébacée, et par suite, une tumeur bénigne.

M. Daremberg a eu l'obligeance d'en faire l'analyse chimique et m'en a remis le résultat :

Densité faible; nage à la surface de l'eau, mais non à celle de l'éther. Calcinée sur une lame de platine, elle brûle avec une flamme éclairante en répandant une odeur cornée. Elle laisse un résidu peu abondant.

Ce résidu est soluble dans l'eau et les acides. Traité par l'ammoniaque, il devient louche (Traces de chaux). Si l'on ajoute dans la solution alcaline du sulfate de magnésie, on a un abondant précipité de phosphate ammoniaco-magnésien, insoluble par la chaleur, soluble par les acides faibles au microscope, on constate les caractères de ce dernier sel.

Une portion de la tumeur finement pulvérisée est traitée par l'éther. Après évaporation de la solution éthérée, on voit au microscope quelques lames de *cholestérine* et de nombreuses *gouttelettes graisseuses*.

Sur une autre portion nous avons vainement essayé la réaction de la muroxide. Il n'y a pas traces d'acide urique.

Donc la composition chimique peut se résumer ainsi : graisse et phosphates à base de potasse et de soude ; probablement à l'état d'oléophosphates alcalins.

Comme on a pu le voir en lisant les observations qui précèdent, j'ai suivi trois modes d'exérèse différents pour enlever les tumeurs pédiculées de la peau ; l'anse coupante, le sécateur et le bistouri galvaniques.

Le procédé le plus simple consiste à faire la section avec l'anse galvanique. Le malade étant assis sur une chaise, on passe, autour de la base de la tumeur, une anse de fil de platine, maintenue par deux pinces à torsion en rapport avec un appareil électrique, on isole le fil des parties voisines avec une lame de carton, et la tumeur étant bien maintenue par un aide, on plonge la pile dans le bain.

Lorsque la tumeur est très-vasculaire ou peu pédiculée, il est préférable d'employer le sécateur quoique le premier procédé soit encore applicable en ayant le soin de pédiculiser d'abord avec un fil. Si on donne la préférence au sécateur, on étreint la base de la tumeur avec cet instrument, on glisse un corps isolant entre la canule double et les parties voisines ; puis on fait passer le courant.

Quand la tumeur est volumineuse et à base large, il peut être avantageux de se servir du bistouri de platine, comme on l'a vu dans la dernière observation. Dans ce cas le malade étant couché, on procède avec lenteur en enfonçant la lame à la circonférence de la base de la tumeur. Si un vaisseau donne du sang, on le cautérise avec le plat de la lame, puis on continue à sectionner les tissus suivant le même procédé.

Toutes ces opérations, à l'exception de la dernière pratiquée avec le bistouri galvanique, ne nécessitent que l'emploi de la plus petite pile chirurgicale, composée de 6 éléments de zinc et d'autant de charbon, ayant 12 centimètres de hauteur sur 8 de largeur. C'est l'appareil le plus convenable pour les cautérisations de la pulpe dentaire.

Les soins consécutifs sont très-simples; si la section est peu étendue je ne fais aucun pansement, ou j'applique une couche de collodion élastique qui la recouvre et la dépasse un peu. Lorsque le collodion s'enlève, il se forme une petite croûte qui à sa chute laisse ordinairement une cicatrice complète, pourvu qu'on ait soin de ne pas l'arracher.

Chez le malade qui fait le sujet de la dernière observation, j'ai appliqué tout d'abord une couche de collodion sur la

peau entourant l'eschare, et sur celui-ci de la ouate de coton; plus tard, j'ai fait placer, la nuit, des cataplasme de farine de riz, et le jour un plumasseau de charpie sèche. Ce pansement que j'emploie généralement avec avantage, a été continué jusqu'à la cicatrisation de la plaie.

Dr Amussat.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Sur l'acné produit par le bromure de potassium; par le Dr Théodore Veiel (*Vierteljahrschrift fuer Dermatologie und Syphilis*, 1874). — Les effets remarquables de ce médicament donné à haute dose dans l'épilepsie, ont amené l'auteur à étudier les affections cutanées, et spécialement l'acné, qu'il produit parfois. Dès 1868, Voisin rapportait à la Société de médecine de Paris, diverses affections cutanées déterminées par cet agent thérapeutique, et plusieurs autres auteurs en ont parlé. Arthaud est seul à affirmer que malgré des doses de 10 à 12 grammes par jour, il n'a jamais observé l'acné. Veiel publie 12 histoires de malades, qui prirent de 10 à 12 grammes de bromure de potassium par jour, voire même 16, et en tout de 2 à 3,000 grammes. L'acné se montra surtout à la tête, puis plus isolé sur les divers autres points du corps. Ensuite pendant l'emploi du bromure, on voyait disparaître l'acné. Il est impossible de préciser la dose nécessaire pour en amener la production. Quand la peau est épaisse et qu'elle fournit beaucoup de sécrétion sébacée, l'acné se développe de préférence : s'il y avait déjà avant l'usage du bromure des comédons et des pustules d'acné, ils croissent en intensité, au lieu de rétrograder, comme l'ont affirmé quelques auteurs anglais. L'éruption se produit par degrés. L'acné du bromure de potassium se distingue par son siége de l'acné vulgaire, en ce qu'il n'atteint pas seulement la face, les épaules, la poitrine et le dos, mais en général le cuir chevelu et les sourcils, pouvant même se répandre sur tout le corps : il préfère toujours les parties les plus poilues, fatalité qui lui est commune avec l'acné des balsamiques et des médicaments iodurés. La couleur de l'acné n'a rien de caractéristique, puisqu'elle va du rose clair au rouge cuivré. L'éruption et le développement suivent les mêmes lois que dans l'acné vulgaire. Le contenu des pustules n'a non plus rien de caractéristique; il ne s'y trouve pas trace de brome. Le seul fait réellement caractéristique, c'est que cet acné augmente quand on augmente les doses de bromure de potassium et diminue quand on diminue celles-ci. En outre, la plus grande partie des pustules est traversée par un poil; il est aussi assez fréquent de les voir se développer sans comédons contemporains. Ce sont là des phénomènes que présentent aussi l'acné des balsamiques et celui des préparations iodurées. L'anamnésie assied le diagnostic différentiel, avec la fétidité de la bouche et la présence de brome dans les urines, les autres symptômes du bromisme ne se développant ordinairement qu'après l'éruption d'acnés. Le Dr Haeberle a communiqué à l'auteur d'autres formes cutanées dues à la même cause : l'érythème noueux, limité aux membres inférieurs et cessant avec la suspension du bromure; un érythème diffus, douloureux, fébrile, limité, lui aussi, aux membres inférieurs, et n'existant qu'autant que le traitement a été fréquemment noté. Chez deux enfants, il y eut une éruption pemphigoïde, suivie d'ulcérations, lesquelles guérirent rapidement dès que le bromure fut interrompu. Dans un seul cas, on vit chez un jeune homme une éruption de verrues dues au bromure de potassium. Malgré tout cela, on ne peut attribuer aux divers exanthèmes en ques-

tion aucune influence critique sur la guérison de l'épilepsie, tant par ce que leur apparition ne fait ni augmenter, ni diminuer les accès, et que dans quelques cas la guérison a eu lieu sans qu'il se soit développé d'exanthème.

De la thérapeutique de l'ophthalmie diphthéritique, communication provisoire; par M. Wolfring (*Centralblatt fuer die medicin. Wissenschaften*, 1872, p. 209-211). — Le traitement qui, depuis 2 ans, a rendu à l'auteur les plus grands services, ne lui laissant plus perdre d'yeux, pourvu qu'il soit appelé avant la formation de foyers nécrotiques, est le suivant : Une pommade de précipité jaune de mercure à la dose de 5 grains sur 2 drachmes de cérat simple préparé avec de l'huile d'amandes, soit au 1|24, sert à frictionner la surface de la conjonctive des paupières préalablement retournées, ce qui a lieu avec insistance au moyen du doigt. La friction se répète plusieurs fois à des intervalles de quelques minutes, après qu'on a préalablement soigneusement essuyé le liquide qui se détache de la conjonctive, pour venir ruisseler sur les joues. La pommade s'applique deux fois par jour. La surface extérieure des paupières est touchée une fois par jour avec la pierre infernale, autant que possible dans la direction des glandes acineuses du tarse, puis on les lave ensuite avec une solution de sel de cuisine. Ce traitement ferait disparaître rapidement la tuméfaction des paupières et accélérerait le stadium blennorrhoïque, qui réclame alors le traitement usuel. Quant aux foyers nécrotiques qui existeraient déjà au commencement du traitement, ils ne forment aucune contre-indication pour les frictions au mercure précipité jaune.

A l'appui de ce mode de traitement, on peut citer un travail de M. Boleslas Gepner, dans les mémoires de la Société médicale de Varsovie (1852, p. 240), dans lequel ce médecin polonais se vante des bons résultats qu'il en a obtenus, ainsi que ses confrères. MM. Jodko et Szokalski, l'ont observé aussi à l'hôpital ophthalmique de Varsovie. Seulement, M. Gepner dit qu'avec l'emploi de ce précipité jaune on n'a point de stade blennorrhoïque, ce qui fait que la pierre infernale n'est presque jamais indiquée, tandis que M. Wolfring dit qu'il accélère la formation de ce stade.

Empoisonnement par le boletus satanas (Lenz); par le Dr Finekh, d'Urach (*Wuertemberg medicin, Correspondenz Blatt*, 1874, n° 35). — Le sujet de cette observation est un touriste qui, ayant souvent mangé des champignons en Italie, se mit à en manger de l'espèce susnommée dans les forêts du Haut-Urach. Une heure après, c'est-à-dire vers 7 heures du soir, il se rendit à la Société du musée d'Urach pour y boire de la bière, et y frappa l'auteur par son mauvais visage et le fait qu'il sortait à chaque instant. Sur les questions qu'on lui fit il répondit qu'il rejetait les morceaux d'un champignon qu'il avait mangé, et refusa tout vomitif, persuadé qu'il n'avait plus trace de ce bolet dans le corps; cependant les vomissements continuèrent, accompagnés d'ardeur dans l'estomac, qui n'était pas sensible à la pression. Il voulait partir néanmoins, toujours le même soir à 9 heures et demie; mais vers 10 heures il devint froid, presque sans pouls et si faible qu'il dut coucher à Urach. Il prit du café noir, et à cause de sa soif ardente, de la limonade avec de l'eau de soude. Pendant la nuit il continua à vomir, mais seulement ce qu'il avait bu, et fut pris de diarrhée, phénomènes qui cessèrent le lendemain matin vers 6 heures; mais le malade sentait encore de la colique et était si faible qu'il dut garder le lit tout ce jour. Le lendemain, il put se mettre en route vers 8 heures du matin, après avoir vomi encore une fois dès qu'il se tint debout. Deux jours plus tard, l'auteur put se convaincre de la guérison complète de ce malade qui n'avait pris aucun remède. Il fait remarquer aux médecins que le boletus satanas, et le B. luridus, dont il n'est qu'une variété, se distinguent de tous leurs congénères, sauf le B. erythroptus, par la *couleur rouge*

du bord libre de ses tuyaux, caractère qui indique donc toujours un bolet vénéneux.

L'apomorphine expectorant, par le docteur Jurasz. — Les propriétés émétiques bien connues de l'apomorphine ont suggéré à l'auteur l'idée que ce médicament pouvait, de même que les autres vomitifs, agir comme expectorant si on l'administrait à faibles doses. Les faits n'ont pas trompé son attente; dans tous les cas où M. Jurasz a donné l'apomorphine à petites doses, il a vu les mucosités bronchiques se détacher plus facilement, les râles devenir moins secs et les crachats être rendus avec moins de difficulté. C'est ce qu'il a constaté en particulier dans des cas de trachéites et dans des bronchites aussi bien lorsque les petites bronches que lorsque les grosses étaient enflammées. Il préfère à tout la formule suivante :

Hydrochlorate d'apomorphine.	1 à 3 centigr.
Eau distillée.	120 grammes.
Acide chlorhydrique	5 gouttes.
Sirop simple.	30 grammes.

A prendre une cuillerée à soupe toutes les deux heures. La quantité d'apomorphine contenue dans chaque dose est de 1 à 3 milligrammes. L'acide chlorhydrique que l'on ajoute à la préparation empêche l'apomorphine de prendre cette couleur verte qu'elle a une si grande tendance à revêtir quand elle est en solution.

Quelquefois la première cuillerée provoque un peu de malaise; mais il est passager et dès la seconde dose il ne se reproduit plus. (*Lyon médical.*)

Pityriasis capitis; sa nature parasitaire et son traitement. — M. Malassez conseille la pommade suivante :

Beurre de cacao	20	grammes.
Huile de ricin	20	—
Huile d'amande douce. . .	20	—
Turbith minéral.	1	—

Oindre le matin et soir le cuir chevelu, après avoir préalablement rasé la tête ou simplement coupé très-court les cheveux.

Au début du traitement, on voit s'exagérer la chute des cheveux, ce qui tient probablement à ce que la friction détache plus rapidement des cheveux déjà malades et destinés à tomber. Bientôt on voit les cheveux repousser et la maladie guérir. (*Trib. méd.*, 8 nov. 1874.)

Le Séneçon, nouveau fébrifuge. — M. Glosener, pharmacien à Grand-Reng (Hainaut), a découvert dans le séneçon (*senecio arvencis*) une propriété fébrifuge supérieure à celle de quinquina et de ses dérivés.

En voici le mode de préparation et d'administration :

V. Herbes fraîches entières de séneçon (moins les racines)	50	grammes.
Eau commune.	500	—

Faites bouillir dix minutes et passez.

A prendre en trois fois, de 2 heures en 2 heures après l'accès.

Après trois doses semblables, la guérison serait radicale.

MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du mardi 12 janvier 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Epidémies. — M. Woillez commença la lecture du rapport général sur les *épidémies* qui ont régné en France pendant l'année 1873.

M. Boudet, à propos d'une épidémie qui a sévi sur la caserne de Courbevoie et qu'a mentionnée M. le rapporteur, demande que l'on recommande expressément au Conseil d'hygiène de province des mesu-

res analogues à celles qui ont été prises par le Conseil municipal de Paris, en ce qui touche les eaux égouts et les eaux d'usines ou de fabriques. Au lieu de déverser ces divers résidus directement dans le cours d'eau le plus prochain, il serait utile de les répandre sur des terrains préalablement drainés où ils se désinfecteraient et pourraient servir à l'agriculture.

M. Larrey propose d'adresser un exemplaire du rapport de M. Woillez à M. le ministre de la guerre, en appelant son attention sur l'état de la caserne de Courbevoie.

M. Depaul pense qu'avant de donner suite à ces propositions, il serait bon d'établir, par une discussion académique, l'influence plus ou moins grande des miasmes provenant d'égouts sur la production de maladies telles que la fièvre typhoïde. Cette influence a été niée par Andral, Rostan, etc.; et rien ne prouve encore qu'elle existe.

La fièvre typhoïde est une maladie bien déterminée, qui a dans l'intestin son éruption spéciale qui ne se produit généralement qu'une fois dans la vie. Il n'est pas probable qu'elle puisse être le résultat de causes banales capables de produire également des dysentéries, soit même encore d'autres affections comme le rapport semble l'indiquer.

M. Woillez est parfaitement d'accord avec M. Depaul sur la nécessité d'une cause spécifique pour la production de la fièvre typhoïde; mais il pense que le fait de Courbevoie prouve que les émanations des égouts favorisent la production de cette affection.

M. Larrey fait remarquer que plusieurs autres épidémies ont été observées dans cette même caserne.

M. Huzard, en 1832, lors du choléra, a constaté lui-même que l'épidémie avait débuté dans cette caserne dès l'instant où l'on avait ouvert les fenêtres donnant sur l'égout en question.

M. Woillez ajoute que cette fois, dans la dernière épidémie de fièvre typhoïde, la proportion des malades décroissait à mesure que l'on montait d'étage en étage dans la partie du bâtiment faisant face aux égouts.

Séance du 19 janvier 1875.

Présidence de M. Gosselin.

M. le Secrétaire perpétuel annonce que le ministère met à la disposition de l'Académie une somme de 4,000 francs. 2,000 francs seront donnés en prix au meilleur mémoire *Sur l'hygiène des enfants en bas âge*. Le reste sera employé à faciliter la publication du mémoire couronné et à donner des encouragements.

M. le Président invite les commissions de présentation de candidats à hâter leurs travaux. Plusieurs places sont déclarées vacantes depuis très-longtemps : une dans la section de pathologie chirurgicale ; une dans la section d'anatomie pathologique; une dans la section de pharmacie; une dans la section d'hygiène; deux dans la section d'académiciens libres. Il y a, de plus, 24 places de membres correspondants nationaux.

Épidémies. — M. Woillez continue la lecture du rapport sur les épidémies qui ont régné en 1873. Le choléra a sévi dans le département de la Seine-Inférieure et notamment dans les arrondissements du Havre et de Rouen; dans le Calvados et notamment à Caen (500 décès), à Ouistreham et à Bretteville-sur-Odon ; dans la Seine et notamment à Paris; dans la Manche, à Cherbourg; dans l'Eure, à Pont-Audemer (7 décès) ; dans l'Oise, quelques cas isolés ; dans la Meurthe-et-Moselle (commune de Neurvilliers, 12 décès) ; sur le territoire de Belfort et dans les Hautes et Basses-Alpes. L'épidémie a été courte et bénigne. Cela a tenu aux précautions prises immédiatement et à l'état sanitaire alors exceptionnellement bon dans toute la France.

Quelques autres épidémies locales ont été signalées. La fièvre puerpérale à Lorient et au Havre. Des ophthalmies catarrhales à Coulommiers; les oreillons dans la Seine-Inférieure et le Pas-de-Calais. Enfin, à Saint-Etienne, 300 soldats sur 2,000 furent atteint du goître.

Epizooties. Des pneumonies bovines et des varioles porcines se communiquant à l'homme ont été signalées dans les Ar-

dennes; l'infection charbonneuse bovine dans la Mayenne et de nombreux cas de rage dans la Somme. Outre les conditions telluriques et atmosphériques de certains pays, les épidémies ont été favorisées dans plusieurs par les mauvaises conditions hygiéniques et alimentaires des habitants. Dans certains pays aussi, il y a absence presque complète de médecins. Ainsi, l'arrondissement de Pontivy ne possède que dix médecins et trois pharmaciens; des cantons de 13,000 habitants sont absolument dépourvus de tous secours médicaux ou pharmaceutiques.

M. J. Guérin répondra à la partie du travail de M. Woillez qui a trait au choléra. Le rapporteur ayant admis la doctrine de l'*importation* sans discuter celle de la *spontanéité*.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

PRIX PROPOSÉS.

L'Académie décernera pour la seconde fois, dans sa séance publique de l'année 1875, trois prix de dix mille francs chacun (fondation du docteur Louis Lacaze) aux ouvrages ou mémoires qui auront le plus contribué aux progrès de la physiologie, de la physique et de la chimie. Les travaux devront être déposés, manuscrits ou imprimés, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1875.

Prix Savigny, fondé par Mlle Letellier. — Un décret impérial, en date du 20 avril 1864, a autorisé l'Académie des sciences à accepter la donation qui lui a été faite par Mlle Letellier, au nom de Savigny, d'une somme de *vingt mille francs*, pour la fondation d'un *prix annuel* en faveur des jeunes zoologistes voyageurs.

« Voulant, dit la testatrice, perpétuer, autant qu'il est en mon pouvoir de le faire, le souvenir d'un martyr de la science et de l'honneur, je lègue à l'Institut de France, Académie des sciences, section de zoologie, *vingt mille francs*, au nom de Marie Jules-César Le Lorgne de Savigny, ancien membre de l'Institut d'Egypte et de l'Institut de France, pour l'intérêt de cette somme de *vingt mille francs* être employé à aider les jeunes zoologistes voyageurs, qui ne recevront pas de subvention du gouvernement et qui s'occuperont plus spécialement des animaux sans vertèbres de l'Egypte et de la Syrie. »

Grand prix de médecine et de chirurgie. — (Question proposée pour 1866, remise à 1869, à 1872 et enfin à 1876.)

L'Académie avait proposé, comme sujet d'un prix de médecine et de chirurgie, la question suivante : *De l'application de l'électricité à la thérapeutique.*

Les concurrents devaient : 1° indiquer les appareils électriques employés, d'écrire leur mode d'application et leurs effets physiologiques;

2° Rassembler et discuter les faits publiés sur l'application de l'électricité au traitement des maladies, et en particulier au traitement des affections des systèmes nerveux, musculaire, vasculaire et lymphatique; vérifier et compléter par de nouvelles études les résultats de ces observations, et déterminer les cas dans lesquels il convient de recourir, soit à l'action des courants intermittents, soit à l'action des courants continus.

Dans un rapport où elle a exposé les motifs de son jugement, la commission n'ayant pas jugé qu'il y eût lieu à décerner ce prix, a proposé de proroger le concours à l'année 1876. Ces conclusions ont été adoptées par l'Académie.

Le prix sera de la somme de 5,000 fr.

Les ouvrages, écrits en français, devront être parvenus au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1876.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Hernie étranglée; réduction par un procédé très-ancien. — M. Perrier a lu à une des séances de la Société de chirurgie, une observation de hernie inguino-scrotale étranglée qui a été réduite par un procédé depuis longtemps tombé dans l'oubli. Cette hernie, malgré le

bandage, s'échappait parfois. Le 5 sept. elle sortit et le malade ne put la réduire. Les vomissements survinrent. La tumeur était rouge, volumineuse; le ventre ballonné; pas de selles. M. Gosselin fit le taxis avec le chloroforme, et n'obtint aucun résultat; M. Perrier trouva le malade à l'hôpital quarante-six heures après l'accident, et tout ce qu'il fallait pour faire l'opération.

Avant d'opérer, il voulut tenter le procédé de réduction dont nous parlons. Un infirmier prit sur ses épaules les jambes du malade et le souleva de manière à ne laisser au patient pour point d'appui sur le lit que la tête et les épaules. Le corps décrivait ainsi un concavité antérieure, et les parois de l'abdomen étaient relâchées par la flexion de la colonne vertébrale. Dans cette position, M. Perrier fit le taxis et la hernie fut bientôt réduite à la moitié de son volume primitif, par la rentrée dans le ventre, du liquide contenu dans le sac. Le malade fut replacé dans son lit, et la réduction de l'intestin fut faite dans la position horizontale. Le 12 septembre, le malade quittait l'hôpital complétement guéri. Cette observation est intéressante, en ce qu'un chirurgien aussi compétent que M. Gosselin jugeait la kélotomie nécessaire, et que l'inversion du sujet a permis de rentrer la hernie par un taxis peu prolongé.

FAITS DIVERS.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 6 janvier 1875, M. le docteur Baud, médecin en chef des épidémies du département de la Seine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Armée. — Par décret du maréchal-président de la République, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaires :

Au grade de médecin-major de 1re classe.

(Choix). — M. Thomas (Edmond-Charles-René-Victor), médecin-major de 2e classe, au 31e d'artillerie, en remplacement de M. Thomas, décédé.

(Ancienneté). — M. Avice (Louis-Claude-Théodore), médecin-major de 2e classe, au 7e d'artillerie, en remplacement de M. Bichepin, retraité.

(Choix). — M. Chambé (Charles), médecin-major de 2e classe au 74e de ligne, en remplacement de M. Michot, retraité.

(Ancienneté). — M. Coguel (Charles-Louis), médecin-major de 2e classe au 4e d'artillerie, en remplacement de M. Durand, retraité.

(Choix). — M. Buffé (Emile), médecin-major de 2e classe au 28e d'artillerie, en remplacement de M. Thiébault, retraité.

Faculté de médecine. Cours complémentaires. — A partir du lundi 18 janvier 1875, les cours complémentaires suivants auront lieu à 8 heures du soir, dans le grand amphithéâtre.

M. Brouardel. — La température dans les maladies, les mercredis et samedis.

M. Cornil. — Les lésions anatomiques du foie, les lundis et jeudis.

M. Dubrueil. — Orthopédie. — Maladies chroniques, de l'appareil locomoteur, les mardis et vendredis.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — *Du 8 au 15 janvier*, on a constaté 831 décès, savoir : variole, 2 décès; rougeole, 11; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 23; érysipèle, 9; bronchite aiguë, 45; pneumonie, 80; dysentérie, 1; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1; choléra-nostras, 0; angine couenneuse, 10; croup, 11; affections puerpérales, 8; autres affections aiguës, 188; affections chroniques, 380 (dont 137 dues à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 38; causes accidentelles, 28.

Du 15 au 22 janvier, on a constaté 894 décès, savoir : variole, 5; rougeole, 7; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 15; érysipèle, 7; bronchite aiguë, 50; pneumonie, 96; dysentérie, 0; diarrhée cholériforme des enfants, 1; choléra infantile, 0; choléra nostras, 0; angine couenneuse, 6; croup, 11; affections puerpérales, 5; affections aiguës, 211; affections chroniques, 427 (dont 69

dues à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 30; causes accidentelles, 22.

— Miss Alice Vickery, la première et la seule inscrite en Angleterre comme pharmacienne, vient de passer, d'une manière satisfaisante, en compagnie de mistriss Algernon Kingsford, les examens de première année à l'Ecole de médecine de Paris.

— Miss Maria Vogtlin, M. D. (c'est-à-dire docteur en médecine), qui a reçu ses grades le printemps dernier à Zurich, après des examens brillamment soutenus, s'est établie dans cette ville comme médecin des femmes et des enfants, et se trouve déjà à la tête d'une clientèle nombreuse. Elle a épousé le docteur Heim, un des professeurs de la Faculté de médecine de Zurich.

Nécrologie.—M. le docteur Cavasse (Auguste), ancien interne des hôpitaux, dont le nom se rattache à la création de l'*Année médicale*.

M. le docteur Combes, médecin-major de 1re classe.

M. le docteur Dumont (J.-B.), reçu en 1828, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, mort à Paris, âgé de 75 ans; il avait reçu mission du gouvernement de Charles X d'aller étudier la peste en Egypte, avec Pariset et Darcet fils; il fut décoré à cette occasion. Il pratiqua fort peu de temps la médecine, et s'occupa beaucoup de politique, ce qui lui valut d'être nommé à la révolution de 1848, directeur de l'Assistance publique avec les docteurs Thierry et Voillemier. Ils n'y restèrent que peu de temps. Depuis 1869, il occupait la place de directeur des Tontines.

M. le docteur Goy (Alfred), de Marseille, mort à l'âge de 59 ans.

M. le docteur Lempereur, reçu docteur en 1867. Il était sous-bibliothécaire de l'Académie de médecine.

M. le docteur Thomas, médecin-major de 1re classe, mort le 15 octobre 1874 âgé de 45 ans.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Traitement rationnel de la phthisie pulmonaire, par le docteur Prosper de Pietra Santa, inspecteur des eaux minérales du département de la Seine. 1 vol. in-8° de 150 pages. A Paris, chez Octave Doin, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, rue Antoine-Dubois, 2. 1875.

Paris, Adrien Delahaye, libr.-éditeur.

Des péritonites circonscrites de la partie supérieure de l'abdomen; par le Dr P. Foix. In-8°, 1 fr. 50.

Du croton-chloral hydraté, ses propriétés, son emploi; par le Dr Weill. In-8°, 1 fr. 50.

De mal perforant, sa pathologie; par le Dr Soulages. In-8°, 2 fr.

De l'emploi du valérianate de caféine; par le Dr Paret. In-8°, 2 fr.

Du traitement des hernies par le caoutchouc; par le Dr Moynac. In-8°, 1 fr. 50.

Des anévrysmes compliquant les fractures; par le Dr Laurent. In-8°, 1 fr. 50.

De l'angine superficielle scrofuleuse chronique; par le Dr Lemaistre. In-8°, 1 fr. 50.

De l'érythème papuleux dans ses rapports avec le rhumatisme; par le Dr Couland. In-8°, 2 fr.

De l'ozène et de son traitement; par le Dr D'Azambuja. In-8°, 2 fr.

Du chloroforme dans la chirurgie des enfants; par le Dr Albert Bergeron. In-8°, 2 fr.

De la ponction capillaire de la vessie, et spécialement des indications nouvelles qu'elle fait surgir et qu'elle remplit; par le Dr Fochier, chirurgien de la Charité de Lyon. In-8°, 1 fr.

Du sarcocèle syphilitique. Leçons professées par le Dr Alfred Fournier, médecin de l'hôpital de Lourcine; professeur agrégé à la Faculté de Médecine. In-8°. 1 fr. 50.

Le Directeur-Gérant,
MARTIN-LAUZER.

N° 4. — 15 FÉVRIER 1875.

MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

CHRONIQUE DE LA QUINZAINE

Sages-femmes et femmes-médecins. — Les estomacs teutons, anglo-saxons, gaulois et latins et le sens intellectuel. — L'Académie de médecine, sa bibliothèque et son nouveau sous-bibliothécaire. — Rentrée de M. Pajot.

Depuis quelque temps les femmes ont le privilége de fournir amplement matière à la plume des publicistes. Les sages-femmes n'ont pas toujours été bien traitées, et trop souvent, il faut le reconnaître, elles n'ont pas été sans prêter le flanc à la critique. Elles laissent, en réalité, à désirer sous plus d'un point de vue; mais, de ce que certaines d'entre elles possèdent des connaissances insuffisantes, de ce que d'autres, pour leurs méfaits, ont encouru le verdict de la loi, ce n'est pas une raison de procéder, selon la proposition d'un honorable confrère, à la radiation d'une catégorie de praticiens dont il serait impossible de se passer. On peut dire, en effet, avec juste raison, que *si la sage-femme n'existait pas, il faudrait l'inventer.* L'accouchement, après tout, est d'ordinaire un acte physiologique. Une femme modérément instruite suffit à le surveiller, à en aider la terminaison. Quand il devient un acte pathologique, la sage-femme n'a plus qu'à abdiquer. Le rôle du chirurgien commence.

Nous aurons, plus d'une fois, l'occasion de revenir sur ce sujet. Aujourd'hui nous dirons quelques mots d'une autre catégorie du genre féminin, qui a été l'objet de critiques, selon nous, beaucoup plus légitimes. Nous voulons parler des *femmes-médecins*, des *doctoresses*.

* *
*

C'est triste à dire; aujourd'hui il n'y a plus de sexe! Jusqu'ici, se tenant dans le rôle qui lui a été dévolu par la nature, la femme bornait son ambition à remplir dignement les doux devoirs d'épouse et de mère. Ces attributs si nobles, si dignes d'envie ont cessé de suffire à ses aspirations. Le *sexe faible* aspire, à son tour, à devenir le *sexe fort*. La femme veut déposer la quenouille pour se coiffer du bonnet doctoral!...

Est-il nécessaire de faire ressortir les ridicules, les dangers de cette aberration, nous dirons plus, de cette étrange folie? Voyez-vous, d'ici, cette femme au ventre proéminent appelée auprès d'un malade pour lui prodiguer des soins dont elle peut avoir elle-même, au premier instant, le besoin le plus pressant? Dans une position aussi intéressante, durant même le cours de la période menstruelle, cette même femme, à laquelle un sentiment de convenances m'interdit de donner un autre qualificatif, osera-t-elle bien

s'armer du bistouri pour labourer les chairs d'un pauvre patient? Quel degré de confiance saurait inspirer à ce dernier un chirurgien de cette espèce?

Non, mille fois non, l'organisation nerveuse, impressionnable de la femme, entraîne l'incompatibilité la plus absolue avec l'exercice d'un art qui exige autant de calme que de sang-froid.

La *femme médecin !* Mais nous le demandons, pourquoi pas aussi la *femme avocat*, la *femme député à l'Assemblée nationale?*

Au fait, nous le comprendrions mieux, car l'exercice de la parole entre davantage dans la spécialité du chef-d'œuvre de la création. Se figure-t-on, cependant une femme orateur, une femme à la tribune! En somme, cela pourra paraître bouffon, mais, en fin de compte, aucune existence ne sera mise en cause. Passe donc encore pour la femme orateur, si elle s'obstine à jouer un rôle pour lequel elle n'a pas été faite. Quant à la femme médecin, nous ne pouvons l'admettre.

Odi profanum vulgus, et arceo.

Il y avait lieu de croire que la raison, sans parler du ridicule, eût dû suffire pour faire justice d'une telle insanité. Il n'en a rien été; il y a plus, chez nous, c'est-à-dire chez le peuple réputé le plus léger, mais aussi le moins porté à l'excentricité, la femme-médecin est en *hausse*. Intervertissant les rôles, nos voisins d'outre-Manche ont eu, jusqu'ici, le bon esprit de s'opposer formellement à une telle intrusion.

Miss Garrett s'est vu fermer tour à tour les portes des colléges de Londres et d'Edimbourg. Pour vaincre de telles résistances, elle est allée devant toutes les juridictions, dépensant en vain des sommes folles. De guerre lasse, elle s'est décidée à se présenter à notre Faculté, qui lui a gracieusement ouvert ses portes. C'est ainsi que miss Garrett est la première doctoresse coiffée par l'Ecole de Paris.

L'*Alma mater* compte aujourd'hui un certain nombre d'étudiantes. Mlle Doumergue, reçue d'abord pharmacien à Montpellier, a été autorisée à subir ses examens probatoires, pour l'obtention du grade de docteur en médecine. Il n'y a que le commencement qui coûte. Les femmes vont donc avoir beau jeu chez nous, et il ne faut pas désespérer de marcher bientôt de front avec l'Université de Zurich qui, l'an dernier, sur 180 *étudiantes* ne possédait pas moins de 110 adeptes en herbe d'Hippocrate! Cette Université est encore dépassée par celle de St-Pétersbourg, qui compte aujourd'hui 250 étudiantes!

* *
*

Puisque nous sommes sur le champ des excentricités, rappelons, à propos du Lord-maire dont on a tant parlé, ainsi que des vastes capacités des estomacs anglo-saxons, une remarque pleine de justesse du professeur Serres. Cet illustre maître faisait remarquer, dans ses leçons, que le système gastro-intestinal des Teutons mesurait tant de centimètres de plus que celui des Gaulois et des Latins. Or, on connaît le proverbe : *Petit mangeur, grand penseur.* Nous laissons à nos lecteurs le soin de tirer de ces données physiologiques telle conclusion qui leur paraîtra légitime, au point de vue du sens moral et intellectuel des races.

* *
*

Hosanna, hosanna in excelsis! Nos immortels de l'Académie de médecine se voyaient menacés de faire retour aux us et coutumes de l'école péripatéticienne. Grâce à un arrangement pris avec l'Assistance publique, le docte aréopage doit conserver encore son local pendant une période quenquennale. Du provisoire, toujours du provisoire; tout, aujourd'hui, est au provisoire.

On ne peut à ce propos s'empêcher de faire une triste remarque. Au moment où l'on prodigue des flots d'or pour l'érection du temple des plaisirs mondains, on se préoccupe si peu du sanctuaire de la science (qui, pourtant, donne le plus précieux des biens, la santé), qu'on ne songe nullement à lui assurer un asile. L'Académie de médecine n'a même pas une pièce sèche et éclairée pour loger ses livres, qui moisissent dans des caisses, attendant l'heure de la bienheureuse résurrection.

Il y a là aussi la plus précieuse biblio-

thèque que jamais médecin ait réunie à Paris; celle que Daremberg a léguée à l'Académie.

***

S'il n'y a jamais eu, à proprement parler, de bibliothèque à l'Académie, il y a du moins toujours eu un bibliothécaire et un aide-bibliothécaire. Le docteur Lempereur, titulaire de cette dernière fonction étant mort, on a dû pourvoir à son remplacement. Les compétiteurs *étaient*, dit-on, nombreux, moins sans doute à cause du modeste honoraire de 1200 fr. qui y est attaché, que pour l'honneur et les bonnes relations qui s'y ajoutent. Un de nos plus érudits confrères, le docteur Achille Chéreau, semblait avoir des titres supérieurs à tous autres.

L'Académie de médecine en a jugé autrement; elle a fixé son choix sur M. Dureau de la Malle, qui n'est pas docteur en médecine, mais qui a hérité d'un nom illustre dans la science. Le nouveau fonctionnaire a promis de faire, dans le courant de cette année, le catalogue des livres de la bibliothèque de l'Académie.

Pour fiche de consolation, M. Chéreau a été honoré, par le ministre de l'instruction publique, d'une souscription à son *Parnasse médical*.

***

Terminons cette revue par une nouvelle qui sera accueillie par tous avec la plus vive satisfaction. Après deux ans d'interruption, M. Pajot, le professeur éminent et si justement sympathique, va reprendre son cours d'obstétrique au premier semestre. Nul à un même degré ne possède le rare talent, par un mot caractéristique, par un geste expressif, de graver un précepte dans les esprits de ses auditeurs. Il eût été à regretter que l'Ecole de Paris perdît en lui, si prématurément, une de ses gloires. M. Pajot n'a que 60 ans. Nous avons donc lieu d'espérer que, pour le bien de l'humanité, pour la gloire de notre Faculté, il nous sera donné de le conserver encore longtemps dans une chaire à laquelle il doit continuer de donner un si grand lustre.

Dr H. R.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

HOPITAL NECKER.

Service de M. Désormeaux.

1° Anesthésie. — Plaies. — Fistules.

a. Anesthésie locale. — *Ether.* — M. Désormeaux emploie fréquemment l'anesthésie locale, mais seulement quand il s'agit de parties du corps parfaitement isolées et dont l'épaisseur est relativement peu considérable (doigt — orteil). Les résultats que cette méthode lui a donnés pour les régions plus volumineuses ne lui ont pas paru très-satisfaisants. Le mélange réfrigérant de J. Arnolt (glace et sel marin), qui produit incontestablement une modification profonde dans la sensibilité des parties, n'est pas généralement adopté par lui, non pas qu'il lui paraisse insuffisant, mais parce qu'il est sujet à certains inconvénients, tels qu'une réaction inflammatoire très-intense, ou même la production d'eschares (surtout si l'action se prolonge assez longtemps) qui ne sont, il est vrai, que superficielles : de plus, l'application de ce mélange est presque toujours très-douloureux. Il donne la préférence à l'*éther* projeté sur la partie à l'aide de l'appareil de Richardson ou simplement vaporisé au soufflet.

b. Pansements des plaies. — *Glycérolé d'amidon.* — Ce chirurgien ne fait que peu usage des corps gras et du cérat en particulier, dans le traitement des solutions de continuité. Il emploie plutôt les pansements humides. Le *glycérolé d'amidon*, étendu sur un linge ou un gâteau de charpie (amidon, 250 gr. traité par l'eau bouillante, puis mêlé à la glycérine, 2 kilogr., trituration), lui paraît un bon moyen; en effet, il entretient une propreté constante, n'est point irri-

tant, ne forme pas de magma crustacé en se mêlangeant au pus, et favorise la production de bourgeons rosés et non exubérants. De plus, ce glycérolé, qu'il emploie généralement pur, peut, suivant les indications, être mélangé au tannin et à différents extraits qui s'y dissolvent complétement ; grâce à ce moyen, on peut appliquer sur les plaies et selon les besoins, des pansements inertes, astringents, antiphlogistes, désinfectants ou coagulants.

Dans le cas de solution de continuité avec hémorrhagie, il est assez sobre de l'emploi du perchlorure de fer qui lui paraît dans certains cas, en raison de sa causticité, déterminer des eschares, surtout lorsque cet agent mis en grande quantité, s'infiltre dans les mailles des tissus ; aussi quand il emploie ce liquide comme hémostatique, il a le soin, après avoir trempé les tampons de charpie ou de ouate, de les exprimer fortement ; il s'en sert aussi à l'état de dilution indiquée par M. Gosselin (perchlorure de fer à 30° dans une partie égale d'eau), qui est suffisamment hémostatique sans produire une trop grande irritation.

c. Trajets fistuleux (suite d'abcès). — *Liqueur de Villate.* — Dans les fistules non symptomatiques d'une affection osseuse et dans les clapiers dont les téguments décollés ne possèdent pas assez de vitalité, il est bon d'avoir recours à des injections excitantes : si le vin aromatique, l'alcool, la teinture d'iode ne donnent pas de résultats, M. Désormeaux emploie la *liqueur de Villate*, dont les sels de cuivre, entrant pour une large part dans la composition, ont pour but de réveiller les propriétés vitales de ces trajets qui n'ont par eux-mêmes aucune tendance à la cicatrisation. Il n'en fait usage du reste que lorsqu'il y a fistule et non quand on a affaire à des abcès, et il n'a jamais observé ni les symptômes d'empoisonnement dont parlent certains auteurs qui, dans cette crainte, ne l'emploient qu'avec beaucoup de réserve, ni une inflammation phlegmoneuse avec tendance à devenir diffuse. Le seul inconvénient de cette liqueur, qui est très-caustique, est de déterminer au moyen de l'injection une douleur parfois très-vive.

2° Affections des organes génito-urinaires.

(Hommes et femmes).

a. Hydrocèle. — *Cautérisation au nitrate d'argent.* — C'est à la méthode de Defer, chirurgien de Metz (note à l'Académie de médec., 1856), que M. Désormeaux a recours la plupart du temps pour la guérison de l'hydrocèle simple de la tunique vaginale. Cette méthode, qui a aussi été employée dans les hôpitaux par M. Maisonneuve et M. de Saint-Germain, à l'hôpital des Enfants malades, consiste à cautériser la face interne de la séreuse avec le nitrate d'argent solide. Defer se servait pour cette opération d'un mandrin porte-caustique terminé d'un côté par une petite cuvette où on fait fondre un fragment de nitrate, et, de l'autre, par un simple anneau : l'hydrocèle ponctionnée et le liquide évacué comme d'habitude, on introduit par la canule du trocart le mandrin porte-caustique dans la poche en faisant décrire alors, à l'aide de l'anneau, des mouvements spiroïdes à l'instrument ; le chirurgien met les différents points de la vaginale en contact avec le caustique, puis retire successivement le mandrin et la canule.

C'est ce procédé que M. Désormeaux a mis en usage depuis plus de 15 ans et même simplifié en se servant, non plus du mandrin spécial de l'inventeur, mais d'un stylet cannelé ou sonde cannelée dans la rainure de laquelle on fait fondre le nitrate d'argent (une ou deux gouttes caustiques suffisent du reste). La douleur ressentie par le malade est peu vive et l'inflammation classique, qui suit toute opération d'hydrocèle et est indispensable à la guérison, est en général de médiocre intensité ; cette inflammation est d'ailleurs subordonnée au degré de cautérisation qu'emploie le chirurgien. M. Désormeaux a constaté qu'il n'est pas indispensable de porter le caustique sur tous les points de la tunique, ce qui serait

impossible ou au moins difficile : il suffit d'en badigeonner une certaine étendue pour que le processus inflammatoire se propage ensuite de proche en proche.

Immédiatement après l'opération et pendant les quelques jours qui suivent, des compresses imbibées, soit de vin, soit d'alcool, soit de vin aromatique, sont constamment maintenues sur les bourses qu'on a soin de maintenir relevées avec une plaque de gutta-percha, de liége ou de zinc échancrée du côté des organes génitaux.

Au dire de M. Désormeaux (M. Th. de Ganzin, *Traitement de l'hydrocèle*, 1874), ce procédé, qu'il a constamment employé avec succès à l'hôpital Necker, mérite la préférence sur l'injection iodée, au triple point de vue de la facilité d'exécution, de l'innocuité, de l'efficacité. Comme simplicité, cette méthode nous paraît en effet présenter de grands avantages, car elle dispense de l'attirail nécessité par l'injection de teinture d'iode; quant à son innocuité et sa grande efficacité, nous ne pouvons les juger personnellement, n'ayant jamais eu recours à ce procédé ; nous dirons cependant que nous avons vu dans les hôpitaux et ailleurs qu'à Necker plusieurs hydrocèles traitées de cette manière et ayant donné lieu à des récidives : dans un autre cas il y eut suppuration de la tunique vaginale.

b. Rétrécissement de l'urèthre. — *Uréthrotomie interne, endoscopique.* — Ce chirurgien emploie la dilatation pour les rétrécissements inflammatoires ordinaires ; il n'est pas même éloigné de croire, contrairement à l'avis de la plupart des praticiens, que dans certains cas la guérison peut être radicale. Mais si le rétrécissement est très-étroit, fibreux et cicatriciel, la dilatation n'agit que trop lentement, est la plupart du temps insuffisante et expose le malade à des accidents plus ou moins graves : il pense alors que dans ces cas, et principalement ceux où la rétractilité de la coarctation est telle que les tissus reviennent à leur état primitif aussitôt que l'on cesse de dilater, on doit employer de préférence l'uréthrotomie interne : (l'uréthrotomie externe étant réservée pour les rétrécissements s'accompagnant de fistules multiples, de décollements considérables du périnée, etc.)

Donc, pour lui, l'indication principale de l'uréthrotomie est la suivante : Résistance des rétrécissements qui exigent une dilatation trop longtemps prolongée ou qui se reproduisent rapidement.

C'est presque toujours à l'uréthrotomie interne qu'il a recours. Il l'a pratiquée, soit d'arrière en avant, soit d'avant en arrière à l'aide des modèles Charrière ou de M. Maisonneuve, et considère l'instrument de ce dernier chirurgien comme l'un des plus commodes et des plus utiles ; cependant la gracilité de sa tige l'effraie un peu quand la résistance est vraiment considérable.

Inventeur de l'ingénieux *endoscope*, c'est naturellement à l'uréthrotomie faite avec l'aide de cet instrument, que M. Désormeaux donne la préférence, et nous devons dire à regret qu'il est le seul des chirurgiens des hôpitaux de Paris à employer cette méthode, qui certainement peut trouver une application avantageuse dans certains cas. Le 5 juillet 1865, il a présenté à la Société de chirurgie 17 cas traités avec succès par ce procédé.

L'*endoscope* se compose d'une lampe (alimentée par le gazogène, 4 parties d'alcool, une partie d'essence de térébenthine) vissée à la partie inférieure d'un cylindre vertical, surmontée d'une cheminée de tirage opaque. Au milieu de sa longueur et au niveau de la flamme, ce tube est pourvu d'une tubulure, qui communique avec l'extérieur. La lumière réfléchie par un miroir et concentrée par une lentille bi-convexe pénètre dans un second tube perpendiculaire au premier, et pouvant se mouvoir dans un plan parallèle à ce premier cylindre. A l'une des extrémités de ce tube mobile (tube-optique) se trouve une lentille : c'est là où l'œil s'approche; à l'autre se fixent les sondes ouvertes du bout destinées à pénétrer dans l'urèthre ou la vessie. — Afin de pouvoir explorer et opérer en même temps, il se sert d'une sonde munie d'une fente latérale dans la

partie qui ne se trouve pas encore engagée dans l'urèthre.

Grâce à l'endoscope, l'uréthrotomie interne se ferait, selon M. Désormeaux, à ciel ouvert : on sait alors sur quel point du canal porte l'incision, ce dont il n'est pas possible d'avoir une notion exacte avec les autres instruments. Le point rétréci reconnu à sa couleur blanche et à son aspect cicatriciel, il introduit par la fente latérale précédente un long bistouri boutonné, divise le tissu fibreux et s'arrête dès qu'il sent que la résistance a cédé. C'est surtout lorsqu'on ne peut pas par le cathétérisme ordinaire trouver l'orifice rétréci que, selon ce chirurgien, l'endoscope rendrait service et permettrait de voir l'ouverture étroite qui échappe à l'exploration et d'y faire pénétrer une bougie.

c. Déchirure de l'urèthre. — *Sondes en caoutchouc vulcanisé.* — Ce chirurgien emploie principalement dans cette lésion les *sondes en caoutchouc vulcanisé* ; souples et molles elles sont bien mieux supportées par l'urèthre, et ne présentent pas les inconvénients inhérents aux sondes rigides. Elles peuvent même séjourner pendant très-longtemps dans la vessie sans s'altérer notablement, et sans exposer les parois de ce réservoir à des accidents parfois fort sérieux qui sont la conséquence de ces dernières.

d. Polypes fibreux de l'utérus. — *Ecraseur linéaire.* — La thérapeutique mise en usage, en pareil cas, par M. Désormeaux, varie suivant la hauteur à laquelle se trouve le fibroïde, et suivant son volume. Si, inséré dans la cavité du col, il forme une masse très-considérable saillant dans le vagin, il a plutôt recours au morcellement et aux ligatures successives, en attendant la chute de chacun des gros fragments. S'il est d'un volume médiocre et qu'on puisse sentir son pédicule en totalité ou en partie, il emploie l'écraseur linéaire ou le serre-nœud, dont le faisceau de fils de fer permet d'incliner l'anse à volonté, et de l'approprier à la disposition de la masse. Il commence par fixer le fibroïde à l'aide d'une forte griffe de Museux, mais sans pratiquer des traction s énergiques sur le polype pour l'attirer à la vulve. La griffe tenant toujours le produit morbide est passée au milieu de l'anse de la chaîne, que les doigts du chirurgien se chargent de conduire le plus haut possible sur le pédicule. Si le polype est ramolli, gangrené en partie et se laisse facilement déchirer par la moindre traction, il sectionne simplement le pédicule à l'aide de ciseaux courbes.

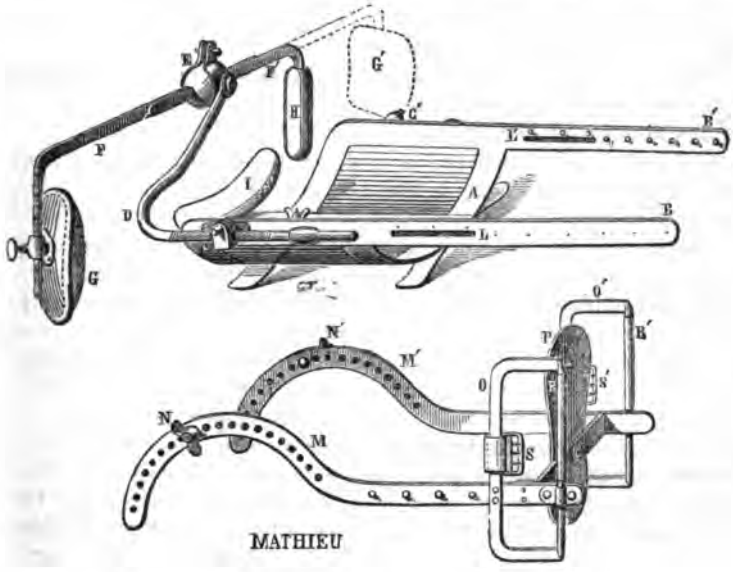
3° Affections des os. — Amputations.

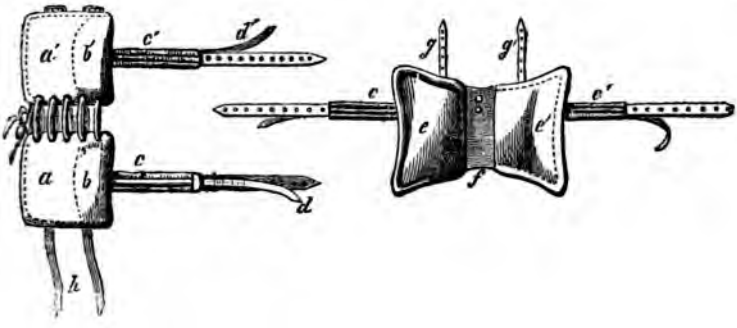
a. Amputation tibio-tarsienne. — *Procédé de Syme.* — M. Désormeaux est partisan de cette opération et la croit préférable, dans bien des cas, à l'amputation sus-malléolaire, qui laisse à désirer pour la facilité de la prothèse. Nous avons vu plusieurs cas de guérison dans son service. Il emploie le procédé de Syme, resèque généralement les extrémités osseuses et conserve pour lambeau toute la peau du talon qui comprend par conséquent, dans son épaisseur, le tendon d'Achille. Par ce procédé, la cicatrice se trouve en avant et n'est pas susceptible, ultérieurement, de s'enflammer et de s'exulcérer par la pression du moignon. Lorsque chez les scrofuleux, la carie affecte ou semble affecter seulement les premières rangées osseuses, il croit bien faire en s'éloignant le plus possible du mal, et en pratiquant encore la désarticulation tibio tarsienne. Il emploie également le pansement ouaté.

Ce chirurgien a coutume de donner à ses amputés une potion composée de thé, 60 gram. rhum, et 10 gouttes laudanum.

b. Fracture de la cuisse. — *Appareil d extension continue de M. Hennequin.* — La grande quantité d'appareils (J.-J. Petit Desault, Boyer, Brunninghausen, Baumers, F. Martin appareil américain, etc. etc.) qui ont été préconisés tour à tour pour arriver à la guérison des fractures du corps du fémur chez les adultes sans raccourcissement, témoigne de la difficulté extrême, peut-être insurmontable, qu'il y a à obtenir un pareil résultat. L'insuccès d

chacun de ces appareils, très-ingénieux du *reste*, provient en grande partie de ce fait que pour triompher de la contraction musculaire incessante, on est dans la nécessité d'exercer sur le membre des tractions considérables, *par conséquent douloureuses*, et de prendre appui pour l'extension et la contre-extension, sur des régions qui souffrent de cette pression continue et ont tendance à s'escharifier. Ayant surtout en vue ce grand obstacle (pression mal supportée de l'extension et de la contre-extension), M. le Dr Hennequin a imaginé un appareil à extension continue bien différent des autres et dont l'excellent principe est de rendre cette





pression supportable en faisant que les points, où l'extension et la contre-extension se trouvent appliqués, puissent en quelque sorte se suppléer les uns les autres. C'est dans le service de M. Désormeaux qu'il a fait les premiers essais, et les résultats en ont été tels que depuis quelques années ce chirurgien n'emploie pas d'autre appareil dans les cas de fracture de la diaphyse fémorale. Voici les pièces qui le composent :

1° Il consiste en une *gouttière* A, dite crurale, embrassant la face postérieure de la cuisse : le genou reste dans la flexion, la jambe hors du lit et la plante du pied appuyée sur une chaise. Latéralement, cette gouttière est limitée en avant par deux attell s BB′ dépassant le fémur, munies

le boutons et de deux rainures LL′ ou (s'il est nécessaire que le membre garde la position rectiligne) s'articulent les deux attelles courbes MM′ d'une pièce répondant à la jambe et munie d'une pédale P. RR′ sont deux galets servant de poulies de réflexion aux élastiques avec lesquels on fait l'extension, dans cette position rectiligne.

2° L'*extension* se fait au moyen de : une *molletière* ee′ à rigole protégeant les vaisseaux qui entoure le mollet le plus haut possible et dont les élastiques se fixent aux boutons des attelles de la gouttière crurale : un *bracelet*, aa′, bouclé au-dessus du genou et dont les élastiques se fixent également aux boutons des deux attelles.

3° La *contre-extension* se pratique au moyen de diverses pressions exercées : 1° sur la tubérosité de l'ischion par un *coussin en croissant* I ; 2° sur la fosse iliaque externe par une seconde *pelotte ovalaire* G; 3° sur la branche horizontale du pubis par un *coussin* H *en forme de boudin*.

Comme le dit M. Hennequin lui-même, l'ensemble de ce mécanisme forme une sorte de collier qui embrasse la racine du membre en s'appuyant sur l'os des îles.

Le nombre des fractures du corps du fémur traitées chez les adultes par l'appareil de M. Hennequin dans les divers hôpitaux est, d'après ce que l'auteur nous a dit lui-même, de quarante dont la moitié provient du service de M. Désormeaux. Dans 20 cas il n'y aurait pas eu de raccourcissement et dans les autres le raccourcissement n'aurait pas dépassé en moyenne 1 à 2 cent. 1|2. C'est déjà là un assez beau résultat, mais ce qui est encore bien plus surprenant, c'est que dans 4 cas non-seulement il n'y a pas eu de raccourcissement, mais le *fémur s'est trouvé allongé* : Ainsi d'après les notes que M. Hennequin m'a remises, dans 3 fractures il y eut 1|2 c., et 2 c. d'allongement ; chez une 4e malade qui avait eu 3 c. de raccourcissement après une première fracture traitée par l'appareil de Scultet et qui présenta une 2e fracture du fémur pour laquelle on employa l'appareil Hennequin, il ne resta que 1 c. 1|2 de raccourcissement, profit = 1 c. 1|2. Un 5e malade eut successivement 3 fractures du fémur : après la 1re (appareil de Scultet), 6 c. 1|2 de raccourcissement; après la 2e (appareil plâtré), toujours 6 c. 1|2 ; après la 3e (appareil Hennequin), 1 c. 1|2 de raccourcissement; donc *allongement de* 5 *c.* Voilà de beaux résultats qui engagent certainement à avoir recours à cet appareil qui, incontestablement, se supporte bien mieux que tout autre.

4° Affections des lèvres et des intestins.

a. Bec-de-lièvre. — *Conservation du tubercule incisif.* — Ce chirurgien pense, contrairement à ce qui est adopté par plusieurs autres, que l'*excision* partielle ou totale de l'os inter-maxillaire n'est pas toujours un temps indispensable dans l'opération du bec-de-lièvre compliqué. Ce n'est que dans les cas exceptionnels, c'est-à-dire dans ceux où la saillie antérieure constituée par le tubercule incisif est extrêmement considérable, qu'on est obligé d'avoir recours à cette résection pour pouvoir mettre en contact les bords de divers lambeaux. Il pense même que dans la plupart des exemples la réunion de ces bords suffit, au bout d'un certain temps, à repousser cette saillie osseuse et la remettre à sa place. En tout cas il n'emploierait que l'excision partielle.

b. Hernie étranglée. — *Purgatif.* — *Opium après la kélotomie.* — Depuis de longues années, il a obtenu de très-bons effets, après l'opération de la hernie étranglée, de l'administration de l'*opium* qui a pour but d'immobiliser les intestins pendant quelque temps; mais il est bon, cependant, de provoquer un peu après une ou deux selles à l'aide d'un purgatif léger. Dans chaque cas, en particulier, il est indispensable de déterminer les indications particulières de ces deux méthodes.

5° Affections des vaisseaux.

Anévrysme. — *Dangers de la compression digitale.* — Ce chirurgien a tout d'abord recours, avant d'employer des moyens

plus radicaux, à la *compression* digitale, qu'il trouve d'une façon générale un excellent moyen, mais qui exige cependant une grande surveillance. Dans un cas, cité par lui à la Société de chirurgie (1866), un anévrysme du jarret avait été traité par la compression digitale; elle fut faite dans de très-bonnes conditions, pendant 48 h., d'une façon continue et avait été plutôt insupportable par la fatigue et l'agacement qu'elle occasionnait au malade que par la douleur; mais il dut cependant la faire suspendre, parce qu'une eschare s'était formée sous les doigts au pli de l'aine : la gangrène envahit la partie inférieure de l'abdomen, le haut de la cuisse et le malade succomba.

Dr GILLETTE.

HOPITAL BEAUJON.

Service de M. GERIN-ROZE.

Colique de plomb. — Après avoir fait prendre des purgatifs et des lavements purgatifs pour vaincre la constipation, et ordonné les opiacées pour calmer la douleur, M. Gerin-Roze fait absorber chaque jour à ses malades dix grammes de fleur de soufre d'après la formule suivante :

Fleur de soufre. . . .	10 grammes.
Miel blanc.	40 à 60 centig.

Mêlez, pour un électuaire à prendre en 4 fois dans les 24 heures.

En même temps, les malades font chaque jour usage d'un bain sulfureux. Comme tisane ils boiront de la limonade sulfurique ou une tisane sudorifique.

Lorsqu'il y a paralysie saturnine, l'emploi de l'électricité est nécessaire; on emploiera d'abord quelques séances de courants d'induction et ensuite les courants continus de 15 à 20 éléments pendant un quart d'heure.

Maladie de Bright. — Après avoir inutilement fait usage du régime lacté et des divers autres moyens usités en pareil cas, il s'est très-bien trouvé de l'emploi de

Ergotine.	1 gramme.

Chaque jour, en deux fois.

Sous l'influence de ce médicament la quantité d'urine diminue assez rapidement et l'albumine, autant qu'il est possible d'en juger exactement lorsque l'on ne pratique pas le dosage exact, l'albumine, dis-je, a suivi une marche analogue.

Sueurs des phthisiques. — Pour modérer les sueurs des phthisiques il fait usage de l'extrait de belladone d'après la méthode anglaise.

Extrait de belladone. . . .	2 à 5 centig.

En pilules.

Sous l'influence de ce médicament on voit rapidement diminuer les sueurs en même temps que l'expectoration devient moins abondante.

Les résultats de ce mode thérapeutique sont excellents et d'un usage trop peu répandu. A ce propos M. Gerin-Roze ajoute que l'on aurait vainement cherché à obtenir le même résultat avec l'eucalyptus globulus ou l'acétate de plomb.

Pneumonie des vieillards. — Il ne faut pas hésiter, dans les cas de pneumonie chez les vieillards, à employer presque dès le début de la maladie les toniques, l'extrait de quinquina ainsi que la potion de Tood au cognac ou au rhum.

Une dose assez forte de liquide alcoolique est quelquefois nécessaire chez les vieux ivrognes comme il s'en trouve si fréquemment dans les hôpitaux. Sous l'influence de cette médication le délire auquel ils sont prédisposés disparaît ou devient moins prononcé, et la connaissance s'établit d'une manière beaucoup plus franche.

Kyste hydatique du foie. — Un joli cas de kyste hydatique du foie s'est présenté dans le service, et a été guéri radicalement par la simple ponction sans injection. J'ai revu ce malade plusieurs mois après l'opération; aucun liquide ne s'était reproduit. Cette ponction avait été

pratiquée avec un trocart d'assez petite dimension et sans provoquer aucune péritonite, complication qui survient souvent à la suite des injections, soit avec la teinture d'iode, soit avec la teinture éthérée de fougère mâle.

Pour être plus certain d'obtenir la guérison, au lieu d'employer la ponction simple, il est bon de la combiner avec l'aspiration du liquide avec l'un des appareils à thoracentèse ; le kyste se trouve ainsi plus complétement vidé, et le succès est presque certain.

Insuffisance mitrale. — Lorsqu'il existe une douleur épigastrique, elle est due le plus souvent à l'engorgement du foie. Si la percussion fait reconnaître l'augmentation du volume de cet organe, le meilleur traitement à employer consiste dans l'application de sangsues à l'anus. Pour que le résultat par cette médication soit entièrement obtenu, il faut veiller à ce que l'application des sangsues soit faite sur la muqueuse rectale elle-même et non pas seulement sur la peau, comme celà se pratique ordinairement. Le lendemain il est bon de faire prendre un purgatif drastique au malade et en même temps une infusion de feuilles de digitale. Si la congestion du foie ne cède pas à cette médication, un vésicatoire est nécessaire.

La congestion pulmonaire qui accompagne très-souvent les lésions cardiaques se traite de même par les purgatifs.

Eau-de-vie allemande. . .	15 à 20 gram.

Les vésicatoires et la digitale.

Bronchite. — Au début, un ipéca stibié, tisane de lichen et la potion suivante :

Julep gommeux. . .	100 grammes.
Kermès.	30 à 50 centig.
Sirop de morphine. .	30 grammes.

Par cuillerées à bouche de deux heures en deux heures.

Lorsque la fièvre est tombée, si la maladie persiste il faut employer les eaux sulfureuses. Il sera souvent utile, en même temps, d'appliquer sur la poitrine soit un emplâtre de thapsia, soit quelques gouttes d'huile de croton.

L'eau de goudron, bue aux repas sera un très-bon adjuvant du traitement, et le malade fera bien d'en continuer l'usage pendant quelque temps même après sa guérison.

Diarrhée par suite de mauvaise alimentation. — Le meilleur traitement à employer consiste dans le régime de la viande crue, abstinence d'aliments gras et féculents.

Le vin de quinquina, le vin de gentiane, la pepsine, lorsque la digestion est incomplète, sont des médicaments indispensables; mais la base du traitement consiste toujours dans l'alimentation par la viande crue.

Hématomyélie. — Au début, aussitôt que les accidents de paraplégie apoplectiforme se manifestent, M. Gerin-Roze n'hésite pas à faire une large application de sangsues au rachis à la hauteur désignée d'après les nerfs paralysés. Si l'amélioration ne survient pas, il faut alors avoir recours à la cautérisation par le fer rouge dans les deux gouttières et sur une longueur quelquefois assez considérable. L'usage des courants continus est ensuite indiqué ; mais il faut avoir soin d'en continuer l'emploi pendant assez longtemps.

Dr A. Cadier.

OBSTÉTRIQUE.

De l'accouchement prématuré artificiel (1).

D. Dilatation mécanique du col.

1° Les dilatateurs de MM. Tarnier et de Barnes ne peuvent être employés chez les primipares si, préalablement, l'on n'a pas dilaté le col utérin par un autre procédé.

Lorsque l'instrument a été introduit jusque dans la cavité utérine, on le gonfle

(1) Suite. Voir les deux derniers numéros.

au moyen d'une injection d'eau ou d'air, et on le laisse en place jusqu'à ce que les contractions utérines le chassent ou que le canal cervical ayant été dilaté, il ne tienne plus en place; on le remplace alors par un plus volumineux. Les dilatateurs ont une triple action : ils décollent les membranes, sollicitent les contractions de l'utérus en irritant cet organe et en dilatent mécaniquement le col. Ce procédé réunit beaucoup d'avantages; mais comme tous les praticiens n'ont pas ces instruments qui coûtent assez cher, surtout celui de Barnes, ils sont souvent obligés d'employer d'autres moyens.

2° L'éponge préparée à la corde. Cette éponge agit absolument de la même façon que les dilatateurs précédents et peut être employée de prime abord chez les primipares.

Kluge est le premier qui se soit servi de l'éponge. Si l'orifice utérin est très-étroit (primipares), on taille dans cette éponge un cône de 8 à 10 centimètres; de longeur et large à la base de 3 centimètres; son extrémité supérieure sera d'autant plus pointue que le col sera moins dilaté ou dilatable. Si l'orifice utérin est très-perméable (multipares), on donne au cône 12 à 15 centimètres de longueur, 6 centimètres de base et un centimètre de largeur à la pointe; on traverse la base du cône avec un fil qui, laissé pendant à la vulve, servira à le retirer; le cône d'éponge est enduit de cérat et on l'introduit le plus vite possible dans le col utérin préalablement mis en évidence par un spéculum. Ce cône doit être tenu avec une pince à polype ou avec une pince à pansement vaginal. Si l'on ne parvient pas à introduire vite l'éponge dans la cavité du col utérin, le mucus vaginal et utérin la ramollissent promptement et l'on est obligé d'en prendre une autre; pour éviter cet inconvénient, Joulin se servait d'éponges préalablement imbibées d'une solution de gomme arabique et ficelées à sec. La base du cône doit faire saillie dans le vagin. Je conseille aux praticiens de fabriquer eux-mêmes leurs éponges; c'est ce que je fais; car celles que les pharmaciens fournissent sont souvent d'un tissu trop gros et ne se dilatent pas assez pour produire l'effet désiré. Il faut employer une éponge de toilette très-fine; alors sa dilatation est extrême. Les mucus utérin et vaginal ne tardent pas à imbiber l'éponge qui se ramollit et se gonfle, ce qui dilate mécaniquement le col utérin. Cette éponge est retirée au bout de 6 ou 12 heures d'application et est remplacée par une plus volumineuse. Lorsque les accidents exigent une prompte délivrance, on peut changer l'éponge toutes les 3 heures, ou après une première éponge recourir à l'appareil de Barnes.

Il importe, pour faire contracter l'utérus, que l'éponge pénètre dans la cavité du corps de cet organe. Chez les primipares il est rare que la première éponge y pénètre, si le col n'a été préalablement ramolli par des injections; mais les suivantes doivent et peuvent y pénétrer; alors l'éponge, en se gonflant, décolle les membranes, irrite l'utérus, tout en dilatant le col et le travail ne tarde pas à se déclarer.

Lorsque l'éponge a de prime abord pénétré dans la cavité du corps de l'utérus, il n'est nul besoin de tamponner le vagin pour l'y maintenir; dans le cas contraire il faut recourir au tampon dans la crainte de voir l'éponge s'échapper, ce qui ferait perdre du temps.

Ce procédé de dilatation, que j'ai souvent employé, donne généralement de très-bons résultats; cependant il amène quelquefois des accidents (observation 12). Pour placer l'éponge la femme doit être mise en travers de son lit, le col saisi par un spéculum et bien éclairé par la lumière solaire et à son défaut par une bougie; lorsque la femme n'est pas primipare et que l'on a l'habitude de cette manœuvre l'on peut se passer de spéculum, le médecin introduit l'indicateur et le médius de la main gauche dans le vagin jusqu'à l'orifice utérin et introduit l'éponge en la guidant sur ses deux doigts. Quelle que soit la façon dont on introduit l'éponge, cette opération est toujours plus facile lorsque la vessie et le rectum sont vides; il faut donc commencer par vider ces organes.

E. Douches vaginales et utérines.

Les douches d'eau à 30 degrés et faites

avec 6 à 10 litres de liquide, furent conseillées par le Dr Kiwisch comme un bon moyen de faire entrer l'utérus en contraction. Depuis elles ont été employées dans ce but par un grand nombre de praticiens. On se sert pour projeter le liquide soit d'un clysopompe ordinaire, soit d'un appareil portatif à douches. Le tuyau de ces instruments doit être terminé par une grosse canule droite n'ayant qu'une seule ouverture terminale. Cette canule doit être un peu longue ; elle peut être en caoutchouc ; mais il est préférable qu'elle soit en bois afin de ne pas se ramollir sous l'influence de l'eau chaude.

Cette douche se répète 3 à 4 fois par 24 heures et même plus souvent s'il est nécessaire, dans l'éclampsie par exemple.

Les douches sont un moyen doux et peu fatigant pour la femme; aussi celles qui ont été mises en travail une fois avec l'éponge et une autre fois avec les douches préfèrent-elles ce dernier moyen.

J'ai vu plusieurs fois le travail se déclarer, même chez des primipares, par une seule douche ; chez d'autres, même multipares, il faut y recourir à trois, à six et même à neuf reprises successives. La douche déterminant souvent des besoins d'excrétion, qui forcent à suspendre l'opération, il est nécessaire de vider la vessie et le rectum avant d'y procéder.

Je combine souvent les douches avec la dilatation mécanique : après avoir ramolli et ouvert le col avec la douche, j'ai recours à un dilatateur mécanique, puis à la douche.

La patiente doit être placée en travers d'un lit, garni sur le devant avec une toile cirée ou avec un tissu en caoutchouc, la tête soutenue par des oreillers et les jambes appuyées sur deux chaises; le vase contenant l'eau chaude est placé sur la chaise de gauche, un vase vide est placé entre les deux chaises pour recevoir l'eau injectée qui y est conduite par le tissu imperméable qui garnit le devant du lit. L'opérateur se place à la droite de la femme ; s'il se sert d'un spéculum il le maintient avec la main gauche; s'il ne s'en sert pas il introduit dans le vagin, jusqu'au col utérin, l'indicateur et le médius de la main gauche et guide sur ses deux doigts la canule qu'il tient de la main droite, lorsque la canule touche le col ; un aide fait jouer l'instrument; il est alors nécessaire décarter l'indicateur du médius, afin que le liquide injecté sorte facilement du vagin et n'en distende pas considérablement le fond; cette distension est beaucoup moindre lorsque l'on se sert du spéculum. Sous l'influence de l'injection le col utérin se ramollit, se raccourcit et son orifice s'entrouvre.

Lorsque l'orifice utérin est suffisamment dilaté pour recouvrir la canule, on l'y introduit et le liquide, pénétrant dans la cavité utérine, décolle les membranes et le travail s'établit vite. La canule étant introduite dans l'utérus, il convient de manœuvrer très-doucement et très-lentement l'instrument irrigateur afin de ne pas faire pénétrer l'eau très-profondément, de ne pas décoller le placenta, s'il est possible, et ne pas s'exposer à ce que le liquide injecté passe par les trompes dans la cavité abdominale, ce qui pourrait produire des accidents graves. Toutes les fois que l'on a été obligé de suspendre l'injection, il faut avant d'y revenir, purger complétement d'air le tuyau de l'instrument, car cet air pourrait pénétrer dans les veines utérines déchirées et causer des accidents mortels.

L'injection terminée, on place la femme debout afin de faire écouler l'eau qui reste dans les organes et on la couche.

Quelques heures plus tard on recommence et ainsi de suite jusqu'à ce que le travail soit bien décidé. Comme je l'ai dit, le liquide injecté ramollit le tissu vaginal et distend la partie profonde du vagin, surtout dans la portion qui correspond au cul-de-sac recto-vaginal ; or si cette distension est portée très-loin par le défaut de sortie du liquide, il peut se faire que la paroi se déchire en partie (observation 12) ou en totalité ; alors le liquide injecté passe dans la cavité abdominale, comme M. le professeur Pajot, je crois, en cite un exemple.

Quoique l'accouchement prématuré artificiel ne soit pas, en général, beaucoup plus grave que l'accouchement spontané,

comme il n'est pas exempt de dangers, quel que soit le procédé auquel on ait recours, l'accoucheur doit en surveiller attentivement les effets. S'il survient des frissons, la malade doit être réchauffée *intus et extra*. Lorsque tout se passe normalement, après quelque temps de séjour au lit la femme se lève, boit et mange comme à son ordinaire, et se rétablit souvent très-vite. Voir les observations que j'ai publiées dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* de 1857, de 1868 et de 1871, ainsi que les suivantes.

Observations.

1re *observation.*— Madame X..., primipare, rachitique, haute d'un mètre 20 centimètres, jambes et cuisses torses ; le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure 75 millimètres ; sept mois pleins de grossesse. Le 12 juin 1832, à six heures du soir, introduction dans le col utérin d'un cône d'éponge qui fut remplacé par un cône plus long et plus volumineux, le 13 au matin ; le soir de ce jour, troisième cône qui fut retiré le 14 au matin : l'orifice utérin est assez dilaté pour me permettre d'arriver aux membranes que je déchire. Le travail se déclare dans la journée et cette dame accouche, dans la nuit du 14 au 15, d'une fille morte. La mère se rétablit vite.

En 1833 nouvelle grossesse. Accouchement prématuré artificiel avec l'éponge ; mise en travail le 6 septembre, elle accouche le 8 d'un garçon mort. Prompt rétablissement de la mère.

En 1834 nouvelle grossesse. Nouvel accouchement prématuré avec l'éponge; trois jours de travail, fœtus mâle mort. Prompt rétablissement de la mère.

Cette dame devenue veuve se remaria en 1836 et fut habiter une petite ville à 18 kilomètres de Rennes et y accoucha spontanément à 7 mois de grossesse, le 26 juillet 1837, d'une fille vivante et qui continue de vivre. Elle eut un nouvel accouchement spontané à sept mois de grossesse en 1838.

Notons, en passant, que les femmes rachitiques ont généralement les organes génitaux externes (organes d'excitation) très-développés, cette dame est dans ce cas, ce qui explique la récidive de leurs conceptions.

Je crois que les trois premiers accouchements à sept mois ont été la cause des deux accouchements spontanés qui eurent aussi lieu à sept mois ; d'autant plus que j'ai vu beaucoup de femmes qui ayant eu un premier accouchement spontané à sept mois ont, aux couches suivantes, aussi accouché à sept mois.

2e *observation.* — Marie G..., blanchisseuse, âgée de 32 ans, primipare, rachitique, fortement ensellée, dont le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur n'a que 75 millimètres; grosse de 8 mois moins quelques jours ; entre à la clinique le 13 janvier 1841.

Cette fille est atteinte d'un écoulement vaginal abondant; les lèvres du museau de tanche sont excoriées et la cavité du col utérin est rouge.

Ce même jour, à une heure de l'après-midi, un cône d'éponge est introduit profondément dans le col de l'utérus et soutenu par un tampon ; il reste en place jusqu'au 14 et ne détermine que quelques vagues douleurs et une augmentation de l'écoulement dont l'odeur devient fétide.

Le 14 à midi, introduction d'un nouveau cône plus volumineux que le premier ; il pénètre dans la cavité utérine et est laissé en place jusqu'au 17 que de véritables tranchées, mais faibles et éloignées, se déclarent ; elles continuent ainsi le 18, le 19 et le 20.

Dans la nuit du 20 au 21 les membranes se rompent spontanément et le liquide amniotique s'écoule lentement ; le col utérin n'est pas effacé et forme un entonnoir qui permet cependant de constater la présentation d'un genou en tibio-cotyloïdienne gauche. Dans la nuit du 21 au 22 les douleurs augmentèrent de force et de fréquence ; à 8 heures du matin, le 22, le col est effacé et son orifice présente la largeur d'une pièce de 5 francs; à 8 heures 1/2 le pied gauche descend dans le vagin, à 9 heures 3/4 les deux pieds sont à la vulve. Cette fille est alors placée sur le lit de travail et je termine artificielle-

ment l'accouchement; ayant éprouvé un peu de difficulté à faire passer la tête du fœtus au travers de l'orifice utérin encore dur et peu dilaté, l'enfant naquit en état d'asphyxie; mais il fut vite ranimé par un bain excitant et des frictions : il ne vécut que 15 heures 1/2. La délivrance fut naturelle. Cette fille se rétablit vite et sortit de la clinique le 29 janvier.

3e *observation.*— Marie E..., rachitique, multipare, entre à la clinique le 10 septembre 1849. Cette fille, dont le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne mesure que 85 millimètres, est accouchée de son 1er enfant en 1847, après un travail de 37 heures; elle fut éthérisée et accouchée avec le forceps. L'enfant mourut pendant les tractions qui furent longues et pénibles. Elle resta trois mois à l'hopital pour se rétablir de cet accouchement. Elle est au milieu du huitième mois de sa grossesse. Le 10, à midi, un cône d'éponge est introduit dans le col et pénètre d'emblée dans la cavité utérine. Ce cône est maintenu en place par un tampon, et la femme est couchée. Dès sept heures du soir le travail a commencé, mais les douleurs sont faibles et éloignées. Le 11, à 9 heures du matin, un gramme d'ergot qui augmente la fréquence et la force des contractions utérines. A 1 heure de l'après-midi les douleurs étant vives, l'éponge est retirée, l'orifice utérin présente la largeur d'une pièce de 5 francs ; le fœtus est trop élevé et l'on ne peut constater la présentation. Le 13 à 1 heure 3/4 du matin je romps les membranes; le fœtus se présente en première des pieds, une grande quantité d'eau s'écoule brusquement et le cordon fait procidence; comme le col est souple, dilaté, et les contractions utérines énergiques, il me suffit de quelques légères tractions pour obtenir un enfant du sexe masculin, vivant et qui a continué de vivre.

La délivrance se fit spontanément à 2 heures 3/4 du matin. La mère se rétablit vite et sortit de la clinique avec son enfant qu'elle allaite elle-même.

Le diamètre occipito-frontal du fœtus mesurait 10 cetimètres et le bi-pariétal 8.

4e *observation.* — Le 19 novembre 1851, Perrine D..., gantière, primipare, rachitique, haute de 1 mètre 25 centimètres, âgée de 23 ans, entre à la clinique; elle est grosse de 7 mois 1/2; le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure 75 millimètres.

Le même jour, à 2 heures de l'après-midi, une injection vaginale avec bain de siége est administrée : les contractions utérines se déclarent de suite. A 3 heures l'indicateur introduit dans le col utérin, qui est mou, souple et dilatable, parvient aux membranes et les rompt; nouveau bain de siége d'une heure 1/2. A 9 heures du soir l'orifice utérin présente la largeur d'une pièce de 2 francs, le fœtus se présente par la tête en première du sommet; à 10 heures l'orifice utérin est complétement dilaté et à 11 heures 10 minutes, l'accouchement se termine par l'expulsion d'un fœtus masculin, vivant et qui vit encore. La délivrance s'est faite naturellement à 11 heures 1/2. La mère, qui allaite elle-même son enfant, se rétablit vite.

Le diamètre occipito-frontal du fœtus mesurait 10 centimètres et le bi-pariétal 8.

5e *observation.* — Mme F..., primipare, rachitique, haute d'un mètre et quelques millimètres, n'a marché que fort tard. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure à peine six centimètres. Accouchement prématuré artificiel par les douches vaginales et utérines en 1858, à six mois pleins de sa grossesse ; fœtus mort. Prompt rétablissement de la mère. En 1859, nouvelle grossesse, nouvel accouchement prématuré artificiel par les douches à six mois pleins de grossesse; fœtus mort. Prompt rétablissement de la mère. Cette femme, devenue de nouveau enceinte en 1860, subit l'opération césarienne et en guérit. J'ai publié son observation dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* de 1869.

6e *observation.* —Femme L..., cultivatrice, multipare, rachitique, haute d'un mètre 23 centimètres. Le diamètre antéro-postérieur mesure 85 millimètres. 1er accouchement à la campagne en 1856, terminé après quatre jours de travail par la céphalotripsie. Cette femme qui est en-

ceinte de 8 mois entre à la clinique le 18 mars 1858. Ce même jour à midi, 1re injection qui ramollit et entrouve le col utérin. A six heures du soir, nouvelle injection qui détermine de bonnes contractions. A minuit la dilatation est complète, l'enfant se présente par le sommet. Le 19 à 4 heures du matin, rupture spontanée des membranes; à 5 heures du matin, naissance d'une fille vivante et qui a continué de vivre. Délivrance naturelle. Douze jours plus tard cette femme retournait chez elle.

7e *observation.*— Madame D..., de G..., rachitique, dont le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure 85 millimètres ; habite une petite ville des Côtes-du-Nord.

1er accouchement à terme terminé par le forceps après 3/4 d'heure de tractions : fœtus mâle mort, avec un enfoncement considérable des os du crâne.

2e grossesse. Vu le résultat du 1er accouchement, le médecin de cette dame, M. le docteur Barbé, m'envoie la mesure du bassin de cette dame, en me demandant à quelle époque de la grossesse il faut la faire accoucher et si je veux bien me charger de cette opération, ce que j'accepte. L'époque fixée fut 8 mois pleins. Le procédé employé fut les injections. La première fut pratiquée le dimanche soir, trois le lundi, trois le mardi et deux le mercredi. Après chaque injection, il se développait quelques légères contractions utérines, mais qui cessaient dans la nuit. Enfin le mercredi les douleurs continuèrent et l'accouchement se fit dans la nuit du mercredi au jeudi. Le résultat fut une fille vivante et qui se porte encore très-bien.

3e grossesse. Accouchement prématuré artificiel à 8 mois pleins, pratiqué par mon confrère seul, au moyen de corps dilatants. Naissance d'une fille vivante et qui se porte encore très-bien.

4e grossesse. Par suite de convenances de famille, le mari de cette dame désirait ardemment un garçon ; aussi une quatrième grossesse ne tarda pas à se produire en 1869.

Cette dame vint alors faire ses couches à Rennes, où j'obtins l'accouchement prématuré artificiel à 8 mois pleins au moyen des injections. Nous eûmes la satisfaction d'avoir un garçon vivant et qui maintenant est un fort bel enfant. Le mari mourut l'année suivante et cette dame a eu le bon esprit de ne pas se remarier.

8e *observation.* — Femme L..., cultivatrice, multipare, rachitique, dont le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure 85 millimètres.

1er accouchement à la campagne; il se termine par une céphalotripsie.

2e grossesse. Cette femme arrivée à la fin du 8e mois entre à la clinique. Le 7 février 1859, 1re injection à 3 heures de l'après-midi, sans résultat. Une seconde, pratiquée le 8 à 4 heures du soir, détermina de bonnes contractions utérines; à 8 heures 1/2 du soir la dilatation du col était complète. Les membranes se rompent spontanément le 9 à six heures du matin et l'accouchement se termine le même jour à 9 heures 1/2 du matin par la naissance d'une fille vivante venue en première du sommet. Douze jours après cette femme retournait dans son village avec son enfant qu'elle allaite.

3e grossesse arrivée à la fin du 8e mois; entrée à la clinique le 2 mai 1861. Je pratique une 1re injection de 3 à 5 heures du matin, sans résultat; 2e injection à midi, qui produit de légères contractions de l'utérus; 3e injection à six heures du soir. Cette injection produisit une violente contraction utérine qui fit suspendre l'injection. Le même jour à 7 heures 1/2 du soir, un frisson qui dure 20 minutes et les contractions utérines disparaissent; le col utérin est complétement dilaté, les membranes sont flasques et intactes, le fœtus très-mobile. A 9 heures 1/2 le pouls de cette femme s'accélère, la peau devient brûlante, ce qui me décide à pratiquer la version pelvienne qui fut très-facile et donna naissance à une fille vivante qui ne vécut que quelques heures. A dix heures, délivrance spontanée suivie d'une hémorrhagie que rien ne put arrêter, et cette femme mourut vers minuit.

9e *observation.* — Mme R..., multipare, rachitique, dont le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure 95 mil-

limètres. Cette dame, qui habite une petite commune aux environs de Rennes, a déjà eu sept accouchements, tous terminés par le forceps. Un seul des enfants est venu vivant. En conséquence, on décide de la faire accoucher artificiellement à 8 mois pleins de grossesse. Le 25 juillet 1860, à six heures du soir, 1re injection avec dix litres d'eau à 20 degrés. Sous son influence le col s'efface et s'entrouvre; quelques légères douleurs dans la nuit. Le 26 à six heures du matin, nouvelle injection qui produit de bonnes contractions qui se soutiennent. Le fœtus qui se présente en première du siége est expulsé le même jour à trois heures de l'après-midi. Délivrance naturelle. L'enfant naquit vivant, mais s'éteignit dans la journée. Cette dame se rétablit plus promptement qu'elle ne l'avait fait à ses autres accouchements.

GODEFROY,
Professeur à l'Ecole de médecine de Rennes.

(*La fin au prochain numéro.*)

Lettre sur le rétroceps du Dr Hamon, par M. le Dr G. Navasques, professeur d'accouchement à la maternité de Lucques (Toscane).

J'ai lu dans l'*Esperimentale*, brochure de juillet 1874, la Revue obstétricale de M. le Dr Romiti, et mon attention s'est arrêtée plus particulièrement sur un article consacré au *rétroceps*. L'auteur de cet article conviant ceux de ces collègues qui se sont servis de cet instrument à leur communiquer les résultats de leur expérimentation, je désire donner ici mon appréciation. Quoique portant sur un petit nombre de faits, j'espère cependant qu'elle engagera les accoucheurs à faire à cet ingénieux instrument un meilleur accueil que celui qui lui a été fait jusqu'ici.

J'étudiai la première brochure que M. le Dr Hamon publia sur le rétroceps et je voulus expérimenter sa nouvelle méthode.

Depuis l'année 1871, jusqu'à ce jour, j'ai appliqué vingt-cinq fois le rétroceps, soit en ville, soit à l'hospice de la Maternité et, excepté en deux cas, j'ai toujours eu à me louer de cet instrument. Dans ces deux cas la réussite n'a pas été heureuse, peut-être par défaut d'adresse de ma part plutôt que par imperfection de l'instrument. Dans un de ces cas, il s'agissait de l'appliquer sur la tête retenue dans le sein du bassin, légèrement vicié dans le détroit inférieur. Je n'obtins aucun bon résultat. Dans l'autre cas, j'appliquai facilement les branches, mais il ne me fut pas possible de trouver une prise suffisante, et trois fois l'instrument revint à vide. Il me fallut recourir au forceps classique, au moyen duquel je terminai l'accouchement. Ces insuccès, je le répète, peuvent être mis sur le compte de mon inexpérience dans la manœuvre du nouvel instrument.

Dans les vingt-trois autres cas, j'ai toujours trouvé vrai ce que M. le Dr Hamon a écrit dans sa première brochure et confirmé dans son livre intitulé : *Traité pratique du rétroceps*.

En effet, le rétroceps est un instrument facile à transporter par son petit volume; ses branches étant très-légères, se manient avec la plus grande facilité; l'introduction de ces branches se fait pour ainsi dire spontanément et sans produire la moindre violence; jamais il ne donne lieu à ces difficultés qu'on rencontre si souvent avec le forceps croisé, lorsqu'il s'agit d'appliquer et surtout d'articuler la seconde branche. La jonction des branches du rétroceps est des plus faciles et très-expéditive; c'est ce qui n'a pas toujours lieu avec le forceps classique. Il y a plus, l'articulation de ce dernier présente assez souvent, comme tous les accoucheurs le savent très-bien, de sérieuses difficultés, avec des conséquences plus ou moins graves pour la mère; lorsque les manœuvres sont laborieuses, elles exposent cette dernière à de dangereuses lésions des parties sexuelles, notamment à la gangrène, aux déchirures, aux fistules vésico-vaginales, etc.

Comme M. le Dr Hamon le fait justement observer, son instrument est d'un très-grand avantage dans le sens qu'il

n'oblige pas de mouvoir la femme de sa position couchée sur le dos dans laquelle elle se trouve. Les préparatifs de l'application du forceps épouvantent presque toujours les femmes et même les assistants. Se voir mettre au bord du lit, se sentir maintenue par les épaules, pour ne pas être entraînée par les efforts qu'on est obligé de faire pour l'extraction; le concours indispensable de deux aides pour soutenir d'une manière convenable les membres inférieurs; la vue de ce grand instrument, tout cela impressionne tellement la femme ainsi que les assistants, que chacun comprend qu'il s'agit en réalité d'une opération très-grave et dangereuse à exécuter. Avec le rétroceps, au contraire, tout cela est évité, et il m'a été souvent donné de constater que les femmes se sont à peine aperçues que j'avais un instrument entre les mains et que je le leur introduisais dans les parties sexuelles.

Un autre très-grand avantage, c'est la force qu'on possède d'une seule main avec cet instrument, en comparaison de celle qu'on est obligé de déployer quelquefois pour extraire l'enfant avec le forceps classique. Tous les accoucheurs savent combien de difficultés on rencontre quelquefois pour extraire un enfant avec le forceps croisé, surtout dans les cas où la posisition de la tête est anormale, ou alors que le bassin est mal conformé. Chacun sait quelle somme d'efforts devient alors nécessaires. On se voit souvent contraint de recourir à l'assistance d'un ou de plusieurs aides. Avec le rétroceps les trois doigts d'une main donnent une force d'ordinaire suffisante, et on dirige mieux les tractions que lorsqu'on emploie les deux mains avec le forceps croisé.

Les cas que j'ai observés sont encore peu nombreux; mais il ne m'est jamais arrivé jusqu'ici qu'après l'échappement de l'instrument je me sois senti entraîné violemment en arrière, comme il arrive avec le forceps classique. Avec ce dernier il n'est pas rare de voir l'accoucheur tomber, s'il n'est pas soutenu par les assistants.

Avec le rétroceps, toutes les fois que les cuillères ont trouvé un bon point d'appui, on peut être sûr qu'il ne lâchera point prise.

Il est un point sur lequel je ne suis pas en parfait accord avec M. le Dr Hamon. Cet accoucheur croit que le périnée risque moins d'être déchiré avec le rétroceps qu'avec le forceps croisé. C'est peut-être défaut d'adresse de ma part, mais presque toutes les fois j'ai déchiré au moins la fourchette chez les primipares. Il est bien vrai, d'ailleurs, que cela arrive presque constamment dans ces conditions, même lorsque l'on utilise le forceps classique. Cet accident, je dois le reconnaître également, arrive aussi très-fréquent dans l'accouchement spontané, ainsi que dans bien d'autres circonstances, malgré la plus scrupuleuse attention de l'accoucheur.

La première fois que j'ai appliqué le rétroceps, en 1871, il s'agissait d'une femme qui avait le bassin vicié par aplatissement de la symphyse du pubis. Le diamètre sacro-pubien était diminué de trois centimètres. Dans un accouchement antérieur, avec le forceps croisé, j'éprouvai de très-grandes difficultés dans l'introduction des branches. L'extraction fut aussi très-laborieuse et l'enfant vint au monde privé de vie.

Dans le second accouchement effectué au moyen du rétroceps, l'introduction des branches fut très-facile ainsi que l'extraction du fœtus, qui fut extrait vivant et bien développé.

Une autre fois j'ai appliqué cet instrument pour un rétrécissement notable du diamètre bi-ischiatique.

Dans deux accouchements antérieurs, l'accoucheur s'était vu contraint de réduire la tête de l'enfant, et dans la troisième grossesse la femme fut envoyée à la Maternité avant le terme de sept mois, en vue de procéder à l'accouchement prématuré. Quoique le rétrécissement du bassin fût très-considérable (9 centimètres), je ne me crus pas autorisé à avancer l'époque de la parturition, parce que j'espérais que le rétroceps aurait raison des difficultés. Cette opinion fut partagée par mes honorables collègues que je voulus

consulter. Enfin, au terme du neuvième mois, l'accouchement s'étant déclaré, la première période fut courte, la dilatation rapide; les membranes furent bientôt rompues, la tête, qui se présentait par le sommet, en première position, traversa facilement le détroit supérieur et descendit dans l'excavation; mais là, elle fut arrêtée par l'obstacle que lui présentait le diamètre transverse du détroit inférieur. J'appliquai le rétroceps, et le fœtus fut extrait très-facilement, et plein de vie, à la très-grande satisfaction de la pauvre mère, qui craignait cette troisième fois encore de voir sacrifier son fruit.

Un autre fait a trait à un cas de présentation de la face avec défaut de contraction. Deux autres cas sont relatifs à des positions occipito-sacrées. Une autre fois il s'agissait d'une déformation de l'excavation, par saillie en dedans de l'épine ischiatique à droite. Deux fois la dystocie a été causée par la position transversale de la tête. Dans les autres cas, l'intervention a été nécessaire par suite de l'insuffisance des contractions, de la résistance et de la rigidité du périnée. Plusieurs fois aussi, ayant constaté la lenteur des battements du cœur, persuadé que le fœtus devait souffrir et que la temporisation l'exposait à une mort certaine, tout en faisant encourir à la mère les plus grands dangers, j'ai cru bon de recourir à l'emploi du rétroceps.

J'ai voulu indiquer ces quelques cas, pour répondre à l'invitation que M. le Dr Romiti adresse à ses collègues. Quelque modeste que soit le nombre de mes observations, en présence des excellents résultats que j'ai obtenus, je ne puis m'expliquer la défaveur avec laquelle quelques accoucheurs ont accueilli cet instrument. Cela tient sans doute à ce qu'ils ont cru pouvoir se faire une opinion avant de l'avoir essayé.

Pour ma part, toutes les fois que des causes exceptionnelles ne m'obligeront pas à renoncer à l'emploi de cet instrument, je continuerai à le mettre en œuvre, parce que jusqu'à ce moment il m'a rendu des services signalés (1).

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Fracture comminutive de la jambe gauche; pseudarthrose; exercice du membre; guérison; par M. Dupont, médecin de régiment (*Archives médicales belges*, janvier 1874). — Un soldat du train d'artillerie fut apporté le 26 janvier 1873 à l'hôpital militaire d'Anvers, une roue de voiture d'ambulance lui ayant passé sur la jambe gauche. Les deux os étaient fracturés à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, et présentaient des esquilles séparées. La fracture fut réduite, sa coaptation eut lieu aussi parfaitement que possible; on appliqua un linge cératé à l'endroit fracturé, et un bandage ouaté amidonné, avec deux attelles latérales et une postérieure. Le 29 janvier, l'appareil ouvert permit de constater qu'il n'y avait pas de plaie, aussi fut-il rétabli méthodiquement. Le 12 février, le membre ne présentait plus d'esquilles distinctes, mais d'autre part, on ne percevait pas de cal bien volumineux entre les fragments : application d'un nouveau bandage sans attelle postérieure; régime tonique, huile de foie de morue, iodure de potassium. Le 26 mars, ayant levé de nouveau l'appareil, on constata que, malgré les meilleures conditions apparentes, les parties fracturées étaient restées mobiles, ne présentant pas trace de cal. Depuis lors jusqu'au commencement de

(1) Traduit de l'*Esperimentale*.

juillet, appareil modelé, suppression de tout bandage, frictions stimulantes, exposition du malade chaque jour au soleil, phosphate de chaux à l'intérieur, badigeonnage à la teinture d'iode, frottements vigoureux des fragments à différentes reprises, le tout sans aucun résultat. Avant de recourir à l'acupuncture et même au séton, M. Dupont voulut auparavant essayer la marche et l'exercice du membre. Dans ce but, il commença à faire exécuter chaque jour des mouvements de flexion au cou-de-pied et au genou, afin de détruire la semi-ankylose de ces jointures. Il protégea ensuite la partie postérieure de la jambe, dans les deux tiers de sa hauteur, par une gouttière en carton fixée au moyen de deux bas, et fit marcher le malade à l'aide de béquilles, tout en lui conseillant de répéter aussi souvent que possible la flexion du pied et celle de la jambe. Dès le commencement d'août se manifesta un heureux résultat de ces tentatives; le 25 dudit mois, on constatait un cal volumineux réunissant les fragments, et le 8 septembre le soldat marchait à l'aide d'un bâton, le membre complétement libre.

Sans discuter la valeur relative des bains composés, M. Lasègue se croit autorisé, par une longue expérience, à déclarer qu'aucune médication balnéaire méthodique ne peut être opposée au rhumatisme noueux, si l'on n'y fait entrer au premier chef la température.

Quant aux nombreuses autres variétés de rhumatismes qui offrent à la curation des chances beaucoup moins défavorables, la balnéation chaude les a modifiés d'une manière très-favorable; elle a donné, dans ces cas, des résultats décisifs.

M. Lasègue a recherché, dans les cas de lésions locales limitées, l'influence des bains chauds locaux et des bains généraux. Son opinion formelle, à cet égard, est que les bains locaux sont toujours et partout inférieurs aux bains généraux, lorsqu'il s'agit du traitement balnéaire de n'importe quel rhumatisme.

La médication balnéaire chaude n'a pas plus, pour ces variétés de rhumatisme que pour le rhumatisme noueux, le privilége de préserver des rechutes. Elle paraît sans action sur l'état diathésique (1).

En dehors du rhumatisme, M. Lasègue s'est servi des bains à haute température dans des conditions pathologiques multiples, dans les affections abdominales, dans certaines formes de diarrhée chronique et même chez les malades atteints de bronchite chronique rebelle. Il n'a jamais eu à noter d'influence nuisible, ce qui est déjà un motif d'encouragement à de nouveaux essais. (*Gazette des hôpitaux*).

Action thérapeutique des bains chauds. — Voici quelques-uns des résultats des essais thérapeutiques du bain simple à haute température, que M. le professeur Lasègue a institués l'année dernière dans son service de clinique de la Pitié, et qu'il vient de consigner dans un mémoire inséré dans les *Archives générales de médecine* (fascicule de novembre 1874).

Voici en quels termes M. Lasègue résume les données qu'il a recueillies dans ce travail :

Tout bain chaud doit être relativement court, vingt à trente minutes au plus.

La température d'entrée doit être inférieure à la température de sortie, quels que soient les degrés extrêmes.

L'accroissement de la température doit être successif et sans secousses.

Le maximum utile est de 48 degrés, le plus souvent de 45. Il est aisément toléré à la condition qu'on évite les sensations produites par la vaporisation de l'eau sur la partie du corps, et que le degré maximum ne soit pas maintenu au-delà de huit à dix minutes.

Le meilleur procédé est d'adopter pour les prescriptions balnéaires, lorsqu'on ne peut pas exercer une surveillance personnelle, une formule aussi rigoureuse

(1) Il serait très-intéressant de comparer à ce point de vue les bains chauds simples avec les bains thermo-minéraux dont l'action semble s'adapter, au contraire, plus spécialement à l'état diathésique ; c'est une question pratique de premier intérêt, que nous nous réservons d'aborder un jour.

que celle dont on se sert pour l'administration des autres médicaments.

Au sortir du bain, le malade est remis au lit, et il reprend vite, non pas sa température vraie, qui a peu varié, mais sa température apparente.

En général, il survient une sudation passagère. M. Lasègue est d'avis qu'il ne faut ni l'exciter ni la réprimer, et que le mieux est d'abandonner à cet égard le malade à lui-même.

M. Lasègue a essayé, après des températures très-élevées, 48 degrés par exemple, l'usage des lotions froides. Là encore, il s'est convaincu que le bain chaud n'avait aucune parité avec le bain de vapeur. Autant après celui-ci, les douches, les lotions, les frictions froides sont des moyens efficaces, autant les mêmes agents à la suite du bain chaud sont dépourvus d'efficacité.

L'action du bain chaud est double : physiologique ou thérapeutique. Physiologiquement, elle semble proportionnée à la tolérance du malade, ou plutôt à celle de la peau.

Au point de vue thérapeutique, l'action réelle du bain chaud est celle qui modifie les phénomènes morbides. M. Lasègue a expérimenté ce moyen thérapeutique comparativement avec les bains médicamenteux dans le rhumatisme, en particulier dans le rhumatisme noueux, le plus résistant de tous à l'action médicamenteuse, et de ces expériences il est arrivé à cette conviction que la température y joue un rôle prépondérant. Il a constaté que les individus atteints de rhumatisme noueux, exempt des complications qui contre-indiqueraient le traitement, éprouvent un véritable bien-être local et général à la suite des bains surchauffés. La roideur articulaire s'atténue, les jointures sont moins empâtées, les mouvements moins pénibles. Des malades condamnés au repos absolu ont pu, après une cure prolongée par les bains simples de 40 à 45 degrés, administrés tous les deux jours, se lever, monter et descendre les escaliers, etc.

M. Lasègue a voulu savoir à quel point les bains chauds, qui ne conjurent pas mieux d'ailleurs que les autres médications l'aptitude aux rechutes, contribueraient à modérer les crises actives. Tolérés même pendant les périodes de fluxion douloureuse, ils ne servent réellement que durant les rémissions.

Du changement de nourrice ; emploi de la balance. — Il faut changer la nourrice, soit parce qu'elle est malade, soit parce que son lait est insuffisant ou mal employé, et que l'enfant ne profite pas. Or, le seul moyen de ne pas se tromper sur ce dernier sujet, c'est l'emploi de la balance. Pour bien apprécier la valeur de ce procédé, il faut d'abord établir : le *poids des nouveau-nés*, l'accroissement dans les jours qui suivent la naissance, et enfin l'*accroissement de l'enfant à la mamelle*.

A la naissance le poids varie entre 3 et 4 kilogrammes ; les poids plus forts sont exceptionnels. En outre les garçons pèsent plus que les filles. Les enfants des femmes multipares sont plus lourds que ceux des primipares ; ce poids augmente aussi en même temps que l'âge de la mère. Il y a aussi des circonstances individuelles qui font varier le poids de l'enfant; les sujets très-grands engendrent des enfants plus pesants que les individus de petite taille. L'état de débilité ou de chlorose de la mère a beaucoup d'influence sur le poids de l'enfant. Certains médecins, même en prescrivant une alimentation légère pendant la grossesse, obtenaient des accouchements moins laborieux par suite de la diminution du poids de l'enfant. Les vomissements répétés, la scrofule, la syphilis, les hémorrhagies utérines agissent dans le même sens.

Le poids des enfants commence par diminuer pendant les premiers jours de la naissance ; ce n'est que le septième jour qu'il redevient égal à ce qu'il était le premier ; ce qui fait diminuer ce poids c'est l'évacuation du méconium et des urines, les transpirations pulmonaires et cutanées, et la petite quantité de liquide prise le premier jour. La faiblesse de naissance, l'ictère, toutes les maladies accidentelles peuvent avoir le même résultat. Un allaitement vicieux, incomplet, avec un bout

de sein trop petit ou mal fait, agira dans le même sens.

De l'âge de sept jours à cinq mois, le nourrisson doit augmenter de 175 grammes par semaine, c'est-à-dire de 25 grammes par jour. A partir de cinq mois, il n'augmentera plus que de 15 grammes par jour, et à ce moment pèsera le double de ce qu'il pesait à sa naissance; à seize mois, il sera le double de ce qu'il était à cinq. Donc toutes les fois que ces conditions sont remplies, la nourrice est bonne à garder. Veut-on savoir maintenant quelle quantité de lait l'enfant doit prendre par repas et par jour ? Au premier jour, il ne prend que 3 grammes de colostrum par tetée; au deuxième jour, 15 par repas; au troisième jour, 30 à 40; au quatrième, 55: ce qui fait, en supposant dix repas par jour, 30 grammes le premier jour, 150 le second, 400 le troisième et 550 le quatrième. A un mois, la tetée est de 70 grammes par repas, ou pour neuf repas en vingt-quatre heures, 630 grammes. A deux mois, elle est de 100 grammes, et par sept tetées, 700 grammes. A trois mois, 120 grammes, et par sept tetées, 840 grammes. A quatre mois, 150 grammes, et par six tetées, 950 grammes. Il faut savoir que ces chiffres, qui ont été pris dans les hôpitaux, sont moins forts que ceux de la ville, où les enfants sont dans de meilleures conditions. Tous ces faits doivent être contrôlés, soit avec la balance de M. Guillot, soit avec la romaine de Odier, Blache, Mathieu, etc...., qui permettent de mesurer au besoin chaque tetée de l'enfant. Une fois le remplacement décidé, il ne faut avertir la nourrice qu'au moment même de la substitution, pour que l'enfant n'ait pas à en souffrir.

(*Gazette des hôpitaux.*)

Uncipressure. — Sous le nom d'*uncipression* ou *uncipressure* (*uncus*, crochet, *pressio*). M. Vanzetti (de Padoue) préconise un nouveau procédé d'hémostase chirurgicale dont l'application est des plus expéditives, dans les cas où la ligature artérielle ne peut avoir lieu.

Ce moyen consiste tout simplement à enfoncer, dans la plaie hémorrhagique, deux, trois, quatre crochets aigus ou érignes, simples ou doubles, à les faire croiser en les tirant en sens inverse, de façon qu'ils compriment dans leurs anses le vaisseau ouvert, et à les maintenir ainsi, avec l'écartement des lèvres de la plaie, pendant dix, vingt, quarante heures, jusqu'à ce que l'hémorrhagie s'arrête définitivement d'elle-même, ou par la constriction d'un fil, élastique ou non, passé autour de la partie *uncipressée*.

On se rend compte de l'action de ces crochets en remarquant que, par leur traction en sens inverse, non-seulement ils aplatissent le calibre de l'artère étreinte d'un côté à l'autre, mais encore, qu'ils impriment au vaisseau lésé et à ses bouts des courbures et des déplacements qui peuvent devenir de nouveaux obstacles à l'hémorrhagie.

M. Vanzetti cite, à l'appui de l'efficacité de l'*uncipression*, trois applications qu'il a faites de ses crochets dans des plaies graves de la paume de la main et de l'avant-bras, avec hémorrhagie rebelle ; il en recommande l'emploi aux médecins qui sont dans la coutume de n'opposer aux hémorrhagies artérielles que des bandages compressifs, la glace, les styptiques. L'*uncipression* doit faire renoncer à ces moyens impuissants ou même dangereux, dont l'action éphémère entretient de fausses espérances chez le chirurgien et chez le blessé, pendant un temps précieux; elle constitue le plus sûr expédient pour prévenir les hémorrhagies secondaires, les anévrysmes et toutes les conséquences de l'infidèle et dangereux bandage compressif.

Voilà le beau côté de la chose ; mais au revers, on pourrait bien trouver que cet écartement forcé et prolongé des lèvres de la plaie a ses inconvénients et ses dangers : il retarde la cicatrisation, il provoque une suppuration profonde, avec des fusées ultérieures ; et puis, la douleur produite et entretenue par la piqûre et le tiraillement des crochets, sur une masse de tissus qui s'enflamment et au milieu desquels se trouvent des débris aponévrotiques, des tendons, des

filets nerveux, la douleur, dis-je, peut devenir le point de départ d'accidents fâcheux, notamment du tétanos. L'expérience décidera, d'ailleurs, de la valeur clinique de cette innovation, si simple, à la vérité. dans son emploi, mais peut-être si redoutable dans ses conséquences.

Qu'il me soit permis d'ajouter au Mémoire de M. Vanzetti, qu'un excellent moyen d'assurer l'action constante et uniforme de l'uncipressure serait de fixer, par un lien de caoutchouc, chacun des manches des crochets qui s'entre-croisent.

(*Manuel médical.*)

Sur un traitement fort simple de l'uréthrite. — M. le docteur Bédoin, médecin-major à l'hôpital militaire de Versailles, emploie contre l'uréthrite des injections liquides et des injections solides.

Les premières ont pour formule :

Sulfate de zinc cristallisé. . . .	0g,20
Sous-acétate de plomb cristallisé	0 ,20
Eau distillée.	100 ,00

A employer en agitant chaque fois la bouteille.

Voici comment il administre ces injections :

« Aussitôt la période inflammatoire passée, je donnais à mes malades quatre ou cinq injections par jour. A mesure que l'écoulement diminuait, je faisais réduire à trois, puis à deux, puis à une le nombre des injections, et je continuais ainsi jusqu'à ce qu'il ne se produisît plus le moindre suintement uréthral. Vers la fin de la maladie, je commençais à donner aux malades un peu de vin, dont j'augmentais graduellement la quantité jusqu'à complète guérison de l'uréthrite. »

Les injections solides étaient administrées suivant la formule du docteur Paillasson ; elles consistaient en glycérolé d'amidon simple ou additionné de sulfate de zinc au centième.

Pour faire pénétrer ces injections solides dans le canal, M. Paillasson se sert d'un tube cylindrique en étain souple, pareil à ceux où sont contenues les couleurs des peintres, et préalablement rempli du glycérolé d'amidon. On visse à l'un des bouts une petite canule et une pression graduée exercée à l'autre bout, par l'intermédiaire d'une petite clef autour de laquelle on enroule le tube, chasse l'injection dans l'urèthre.

Le tube est gradué en divisions égales qui servent à indiquer la dose moyenne du médicament que l'on doit faire pénétrer dans le canal.

Chimiquement et physiquement, le glycérolé adopté par M. Paillasson se trouve dans d'excellentes conditions pour pouvoir séjourner dans l'urèthre, et l'opération, dans l'immense majorité des cas, est absolument indolore.

Ces traitements ont été expérimentés pendant six semaines sur 72 malades. La durée minimum du traitement a été de 10 à 15 jours.

Voici les résultats obtenus :

Non guéris, 13 :	
Traités seulement par les injections liquides.	11
Traités de plus par les injections solides du docteur Paillasson. . .	2
Guéris, 59 :	
Traités seulement par les injections liquides ; 1° uréthrite aiguë. . .	45
2° uréthrite chronique.	8
Traités de plus par les injections solides du docteur Paillasson. . . .	6
Total.	72

(*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*, octobre 1874.)

La laparotomie (1) pour intussusception, par M. John Ashhurst (*The American Journal of medical sciences*, juillet, 1874). — Après s'être prononcé défavorablement en 1871 sur ce sujet dans ses « Principles and practice of surgery, » l'auteur fut engagé par un cas opéré avec succès par M. Jouathan Hutschinson (*Medical Times and Gazette*, novembre 1873), à tourner de nouveau son attention sur ce sujet, et à faire, dans ce but, des recherches historiques et statistiques exactes. Basé sur celles-ci, il regarde aujourd'hui cette opération comme justifiée, pourvu qu'on la restreigne à des cas tout à fait

(1) On appelle ainsi l'opération de l'anus contre nature dans la région lombaire, N. D. R.

déterminés. A l'appui de cette opinion, il décrit brièvement 13 laparotomies pour intussusception, qui font partie de la littérature médicale des deux derniers siècles : de ces 13 opérations, 5 furent suivies de guérison ; 7 des opérés avaient de 16 à 50 ans, et 4 guérirent ; 6 étaient de petits enfants, 1 seul (âgé de 2 ans, cas de Hutchinson) fut sauvé, et 3 d'entre eux qui n'avaient pas atteint 1 an, moururent.

Malgré le petit nombre des chiffres qui forment cette statistique, l'auteur se croit autorisé à en tirer les conclusions suivantes : 1° Des enfants, spécialement ceux au-dessous de 1 an, ne doivent pas être opérés, ce qui exclut un très-grand nombre de malades de l'opération, l'invagination étant très-fréquente chez les enfants, spécialement chez ceux au-dessous de 1 an. 2° Des cas très-aigus d'intussusception, dans lesquels se montrent très-rapidement des symptômes de péritonite et des hémorrhagies intestinales, ne sont également pas appropriés pour la laparotomie : ici aussi les résultats du traitement expectant fournissent des résultats moins fâcheux que l'opération. 3° Après déduction des deux rubriques précédentes, il reste un nombre restreint d'invaginations chez des adultes et chez des enfants pas trop jeunes, qui présentent plutôt l'image d'une constipation opiniâtre que celle d'une péritonite ; ici l'on peut recourir à l'opération, quand les médications internes usuelles ont été épuisées. La laparotomie a sur l'entérotomie et sur la colotomie l'avantage de rendre possible une guérison radicale, tandis que les deux autres opérations ne procurent qu'une amélioration temporaire.

A la fin de ce travail se trouve un résumé sous forme de tableau de 57 laparotomies pratiquées pour des obstructions tenant à d'autres causes qu'à l'invagination. De ces 57 cas, la cause de l'obstruction fut 23 fois un étranglement interne par fausses membranes ou des cordons d'omentum, etc., 11 une strangulation après la réposition de hernies étranglées, 9 une torsion intestinale, 6 une stricture intestinale, 2 une hernie obturatrice, 2 par une fissure dans le rectum, 2 des corps étrangers, 1 la compression par un kyste de la vésicule biliaire, 1 des concrétions de masses fécales et 1 un iléus. 18 de ces cas guérirent par cette opération, ce qui donne une mortalité de 68 pour cent. Toutefois, comme sans elle, les malades eussent inévitablement succombé, cette opération ne doit pas être différée trop longtemps, et en tout cas plus loin que le deuxième et le troisième jour, dès que des moyens plus doux ont échoué. Ici aussi, elle mérite généralement la préférence sur l'entérotomie et sur la colotomie, opérations qui ne seraient indiquées que lors d'obstruction congénitale ou chronique de l'intestin.

De l'emploi de l'oxyde de zinc dans le traitement de la diarrhée. — Se basant sur les résultats obtenus par M. Gubler, M. le docteur Henri Puyganthier considère l'oxyde de zinc comme le médicament qui a, contre la diarrhée, l'action la plus prompte et la plus efficace.

On doit donner l'oxyde de zinc à la dose de 4 grammes par jour, dans du pain azyme; on divise chaque dose en quatre paquets et on en fait prendre un toutes les deux heures. Pour s'opposer d'une manière plus efficace à la formation des sels de zinc dans les voies digestives, et par suite supprimer les nausées et les vomissements, M. le professeur Gubler prescrit depuis quelque temps 4 gr. 50 d'oxyde de zinc, additionnés de 50 centigrammes de bicarbonate de soude, et cette heureuse association lui a donné jusqu'ici les plus beaux résultats. Ainsi administré, l'oxyde de zinc perd toute son action nauséeuse et émétique et conserve intacte sa propriété anti-diarrhéique. (*Bull. de thér.*)

Traitement de l'érysipèle par le goudron. — C'est la théorie des germes septiques appliquée à l'érysipèle, qui a conduit à employer le goudron dans le traitement de cette maladie, étant données les propriétés antiseptiques de ce médicament. On couvre tout simplement de goudron la partie érysipélateuse dans toute son étendue, et les résultats sont si satisfaisants, que cette pratique est courante

à l'hôpital de Bellevue. (Nous ferons remarquer que c'est la même théorie qui a fait employer les applications d'essence de térébenthine, chaudement recommandées contre l'érysipèle par l'ancienne école de Strasbourg, et dont nous avons souvent constaté les heureux effets.) (*New-York med. Journal* et *Lyon médical.*)

Traitement de l'incontinence nocturne d'urine. — Le traitement préconisé par le docteur William Thompson, consiste dans l'emploi du chloral hydraté. Ce médicament échoue quelquefois, il est vrai, tantôt parce que l'incontinence n'est pas une simple affaire d'habitude morbide, tantôt à cause d'une idiosyncrasie particulière. Pour procéder comme il convient, les préceptes suivants sont de rigueur : ne donner le chloral que le soir, deux heures au moins après le repas, à doses non fractionnées, et quand le malade est au lit, réduire au minimum la quantité de boissons, interdire absolument l'usage de la bière et des spiritueux ; en cas d'insuccès, s'arrêter au bout de huit à dix jours, l'amélioration ne devant plus être attendue au-delà de ce terme. Quand l'incontinence d'urine est liée à une cause spécifique, le chloral peut encore réussir, surtout si on lui adjoint d'autres moyens appropriés. (*Ibid.*)

Sinapisme sur le sein dans l'aménorrhée. — Les anciens appliquaient des excitants, des ventouses sur les seins, pour provoquer la menstruation. M. Paterson ayant vu reparaître les règles arrêtées depuis deux ans et demi chez une jeune fille à laquelle on avait appliqué un sinapisme sur le sein, eut l'idée d'employer le même moyen dans un cas analogue; ce moyen eut un plein succès.

M. Cormack, qui en fait usage, considère l'irritation des mamelles comme un des moyens les plus efficaces et les plus rapides pour ramener la menstruation. Il peut être employé seul dans beaucoup de circonstances, mais en général, on se trouve bien de le combiner avec d'autres moyens.

(*Scalpel.*)

Pansement des brûlures. — Le docteur Baldwin, dans le *Chicago medical Journal*, conseille d'appliquer sur les brûlures des compresses de vieille mousseline pliées en plusieurs doubles et trempées dans des œufs bien battus, blanc et jaune ensemble. Le soulagement est immédiat et complet. Le pansement doit être renouvelé toutes les douze heures; s'il se séchait dans l'intervalle on l'humecterait avec quelques gouttes d'eau. Après les deux ou trois premiers pansements, il est bon d'ajouter au liquide un peu de glycérine et d'acide phénique; on prévient et l'on corrige par ce moyen, la mauvaise odeur que la plaie répand et l'on facilite la cicatrisation. (*The Doctor* et *Lyon médical.*)

La méthode exsangue d'Esmarch, employée pour l'excision d'une tumeur scrotale, par M. H. Carley (*The Indian medical Gazette*, 1874, t. IX, n° 45).— Pour enlever une tumeur scrotale de la taille d'une tête d'enfant, l'auteur enveloppa d'abord fortement avec une bande élastique toute la tumeur, puis étrangla le cou de celle-ci avec un tube de caoutchouc et enleva ensuite la bande élastique. L'amputation du pénis et des testicules ne laissa pas perdre une goutte de sang, et s'il s'en écoula environ 6 verres lorsque l'auteur détacha incomplétement le scrotum, c'est parce qu'il avait voulu encore enlever des parties situées au-delà du tube constricteur de caoutchouc.

Extrait liquide d'œnothera biennis dans la diarrhée; par M. A. L. Cory (*The Chicago medical Times*, décembre 1873). — L'auteur a essayé l'extrait liquide de l'onagre bisannuelle contre des diarrhées tant aiguës que chroniques, aussi bien chez les adultes que chez les enfants depuis l'âge de 3 mois, et cela toujours avec de bons résultats. La dose en est d'une dizaine de gouttes en mixture chez les adultes, répétée plusieurs fois par jour.

FORMULES DIVERSES.

—

Baume névropathique.

Eau de chaux,	30 grammes.
Essence de térébenthine,	50 —
Savon médicinal râpé,	Q. S.

Introduisez l'eau de chaux, l'essence et une petite quantité de savon dans un matras, agitez et ajoutez du savon petit à petit, jusqu'à ce que le mélange ait acquis la consistance d'une pommade.

Contre les douleurs d'origine névralgique ou rhumatismale.

Lotions contre les ulcères indolents, H. Green.

Chlorure de chaux,	4 grammes.
Opium pulvérisé,	6 —
Eau distillée,	150 —

Faites dissoudre.

Application de compresses imbibées de ce mélange sur les ulcères indolents des jambes. Emploi de ce même liquide pour le pansement des chancres après la cautérisation.

(*Union médicale.*)

Pilules contre la migraine de nature goutteuse.

Sulfate de quinine,	3 grammes.
Extrait de colchique,	3 —
Digitale en poudre,	1 —

Pour 30 pilules, une chaque soir.

(*Journal des connaissances médicales et chirurgicales.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

—

Séance du 26 janvier 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Statistique. — M. Broca, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bergeron et Roussel, lit un rapport sur les travaux de statistique de M. le Dr Bertillon.

Après avoir passé en revue ces travaux, et en avoir fait ressortir toute l'importance, M. Broca conclut en ces termes :

« Ce rapport déjà long, et pourtant bien incomplet encore, sur les mémoires démographiques que M. Bertillon a soumis au jugement de l'Académie, vous convaincra, Messieurs, que parmi les savants qui sollicitent nos suffrages, bien peu se présentent à vous avec des titres aussi nombreux et d'une aussi grande portée. Le rôle important que la statistique humaine joue désormais dans les recherches de la médecine publique, doit vous faire désirer d'associer à vos travaux un statisticien de premier ordre dont la présence comblerait, dans notre compagnie, une lacune très-réelle.

Nous avons donc l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. Bertillon de ses importantes communications;

2° De renvoyer ses mémoires au comité de publication ;

3° D'appeler sur ce candidat toute l'attention de nos commissions d'élections;

4° Nous croyons, en outre, ne pas aller au-delà de nos attributions de commissaires, en proposant à l'Académie de signaler à M. le ministre de l'agriculture et du commerce l'avantage qu'il y aurait à faire publier, désormais par le bureau de la statistique de la France, les mariages et les décès des jeunes époux pour chaque année d'âge jusqu'à vingt-cinq ans.

M. Larrey appuie cette dernière proposition.

Les conclusions de ce rapport, mises aux voies, sont adoptées.

Succussion hippocratique entendue dans un kyste de l'ovaire. — M. Laboulbène fait part à l'Académie d'un fait aussi intéressant que rare.

Il s'agit d'une femme entrée depuis quelques semaines dans son service à l'hôpital Necker, et qui, lors du premier examen, présentait au côté gauche de l'abdomen une tumeur du volume d'une tête d'adulte, de 15 centimètres de longueur environ, tumeur parfaitement arrondie, offrant de la matité à la percussion, et une sensation de fluctuation à la palpation. M. Laboulbène diagnostiqua un kyste ovarique, probablement uniloculaire.

Les choses restèrent dans le même état durant un mois environ; puis la scène changea: cette femme fut prise de fièvre; la tumeur, jusque-là indolente, devint douloureuse, la peau rougit, s'amincit (ce matin, cet amincissement était considérable, et il est probable qu'il s'y fera prochainement une ouverture spontanée), en même temps, on constatait la sonorité au lieu de matité; en agitant fortement la malade, on entendit un bruit comparable à celui d'une carafe à moitié pleine d'eau.

M. Laboulbène, étonné, appliqua alors son oreille sur le ventre, et en imprimant des secousses au corps de la femme, il perçut nettement ce que l'on a nommé la *succussion hippocratique*, avec le tintement métallique particulier. On s'assura qu'il n'y avait rien de particulier dans les urines, rien dans les excrétions alvines. Il ne s'était donc pas établi de communication entre la poche et les organes creux du voisinage. La fermentation seule, en s'emparant du liquide renfermé dans la poche, avait pu amener la production de gaz dans cette cavité close. Ceci est important, car dans la plèvre, en cas de succussion hippocratique, on n'admet pas qu'il ait pu se produire spontanément d'hydropneumothorax. On suppose toujours une communication avec les bronches. Il faudrait étudier cette question à nouveau. La malade, dont il s'agit, a été vue par MM. Chauffard et Delpech.

M. Delpech confirme le récit de M. Laboulbène.

M. Depaul exprime un double étonnement. D'abord il lui semble insolite qu'un kyste de l'ovaire s'ouvre comme un abcès, à la surface de l'abdomen. Ensuite, il a peine à admettre la formation spontanée de gaz dans la tumeur. Souvent il arrive qu'il se fait, entre une tumeur semblable et quelque anse intestinale, des adhérences, puis quelque communication fistuleuse, disposée de telle façon que les gaz peuvent passer dans un sens sans refluer dans l'autre. M. Depaul en a vu récemment un exemple chez une femme qui, portant une tumeur constituée par une grossesse péritonéale intra-utérine, avait présenté des accidents tout à fait comparables à ceux qu'a décrits M. Laboulbène : inflammation de la poche, douleurs, sonorité à la percussion et succussion hippocratique. Une petite fistule oblique mettait en communication le gros intestin avec la tumeur.

M. Laboulbène ne conteste pas la possibilité d'une fistule de ce genre. Il tiendra, du reste, ses confrères de l'Académie au courant de ce qui pourra advenir par la suite.

Séance du 2 février 1875.

Présidence de M. Gosselin.

M. le professeur Richet présente à l'Académie de médecine, au nom de M. le docteur Farabeuf, une *Nouvelle pince à réduire les luxations des phalanges.*

Élections. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national.

La commission présente les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Coze (de Nancy). — En deuxième, M. Jacquez (de Lure). —En troisième, M. Berchon (de Pauillac). — En quatrième *ex æquo*, MM. Burdel (de Vierzon), Dechaux (de Mont-Luçon), Raimbert (de Châteaudun).

Le nombre des votants étant de 72, majorité 37.

M. Coze obtient 46 voix.—M. Burdel, 8. —M. Dechaux, 8. — M. Jacquez, 7. — M. Raimbert, 2. — M. Berchon, 1.

En conséquence, M. Coze, ayant obtenu la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant.

M. Devilliers, au nom de la commission permanente d'hygiène de l'enfance, lit un rapport sur les mémoires adressés à cette commission pour le concours de 1874.

Les conclusions doivent être également lues en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 janvier 1875.

Du rôle pathogénique des ferments dans les maladies chirurgicales. — M. Gosselin, au nom de MM. C. Bernard, Pasteur, Sédillot, Larrey et au sien, donne lecture du rapport de cette commission sur un travail de M. Alph. Guérin ayant le titre ci-dessus. On sait que pour les plaies chirurgicales, notamment les amputations, M. A. Guérin a imaginé un mode de pansement qui lui a été inspiré par les recherches de M. Pasteur. Ce mode de pansement consiste dans l'application sur la plaie et sur le membre, à une certaine distance au-dessus de cette dernière, d'une couche très-épaisse de ouate maintenue par une bande fortement serrée. Le but principal de l'auteur est d'arrêter dans l'épaisseur du coton les germes ou ferments atmosphériques, et, en empêchant leur arrivée sur la plaie, de prévenir la décomposition putride des liquides qui s'y trouvent.

M. Gosselin admet que les bons effets de ce mode de pansement, signalés par l'auteur, sont réalisés, tels que absence ou faiblesse de la fièvre traumatique, continuation du sommeil et de l'appétit, absence ou intensité très-modérée de la douleur, soustraction de l'opéré au danger de mort par infection purulente. Sur ce dernier point cependant, la commission exprime le regret de n'avoir pas trouvé dans le travail une statistique indiquant la proportion des morts et des guérisons dont l'auteur a pu être témoin.

Au point de vue de la théorie, il s'agit de rechercher si les protozoaires manquent toujours dans le pus des appareils ouatés. Très-souvent cela est, mais cela est loin d'être constant. M. A. Guérin dit toujours, le rapporteur répond : j'ai trouvé des protozoaires quatre fois sur six.

Le bandage ouaté agit favorablement surtout par la compression qu'il exerce, et parce qu'il maintient sans interruption les conditions favorables au développement d'une inflammation suppurative bénigne, et qu'il constitue, en définitive, *un pansement rare*.

Quant au rôle des ferments, préoccupation principale de l'auteur, leur intervention est possible dans la pathogénie de l'infection purulente; mais les ferments n'agissent pas d'une façon nuisible sur toutes les matières organiques. Le pansement ouaté de M. Alph. Guérin est utile de l'une des deux façons suivantes : tantôt il empêche en effet l'arrivée ou le contact des ferments atmosphériques sur la plaie, en même temps qu'il modère le travail inflammatoire, précurseur de la suppuration ; tantôt il ne s'oppose pas à l'entrée ; soit immédiate, soit tardive de ces mêmes ferments ; mais, par cela même qu'il modère le travail inflammatoire, il fait naître des produits dont la fermentation n'est pas dangereuse pour l'économie.

En résumé, tout en rejetant pour un certain nombre de cas la théorie donnée d'une façon trop exclusive par M. Alph. Guérin, tout en ajoutant une explication à celle qu'il a donnée, la commission pense que le bandage ouaté a réalisé un progrès utile dans la thérapeutique des plaies, et elle conclut en disant que ce progrès mérite d'être signalé à toute l'attention des chirurgiens.

MÉLANGES ET FAITS DIVERS.

Association générale des médecins de France. — La Société centrale, l'élément le plus considérable de l'Association générale des Médecins de France, a tenu son assemblée générale, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. H. Roger.

Malgré le mauvais temps, la réunion était nombreuse; M. Amédée Latour, qu'une douloureuse maladie a tenu si longtemps éloigné de nous, y assistait et a reçu de la part de tous l'accueil le plus sympathique et le plus cordial.

Après le rapport de M. Piogey, M. Brun a pris la parole pour exposer la situation financière de la Société centrale. Ce rapport constate la prospérité de la Société, qui a pu accorder cette année 7,000 francs de secours et verser 1,500 francs à la Caisse des pensions viagères.

On a procédé ensuite au remplacement des dix membres de la commission administrative, qui, aux termes des statuts et après trois ans, ont dû cesser leurs fonctions. Les membres élus à leur place sont : MM. Bossion, Besnier, Cadet-Gassicourt, Hillairet, Lanquetin, Lécorché, Lunier, Marrotte, Siredey, Motet.

Académie des sciences. — *Prix Chaussier.* — Feu M. Franck-Bernard-Simon Chaussier a légué à l'Académie des sciences, par testament en date du 19 mai 1863, « une inscription de rente de *deux mille cinq cents francs* par an, que l'on accumulera pendant *quatre ans*, pour donner un prix sur le meilleur livre ou mémoire qui aura paru pendant ce temps, et fait avancer la médecine, soit sur la médecine légale, soit sur la médecine pratique. »

Un décret, en date du 7 juillet 1869, a autorisé l'Académie à accepter ce legs. Elle propose de décerner ce prix, de la valeur de *dix mille francs*, dans sa séance publique de l'année 1875, au meilleur ouvrage paru dans les quatre années qui auront précédé son jugement.

Les ouvrages ou mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1875.

Bulletin des décès dans la ville de Paris. *Du* 22 *au* 29 *janvier*, on a constaté 925 décès, savoir : variole, 1 décès ; rougeole, 8 ; scarlatine, 0; fièvre typhoïde, 7 ; érysipèle, 4 ; bronchite aiguë, 40 ; pneumonie, 73 ; dysentérie, 2 ; diarrhée cholériforme des enfants, 2 ; choléra infantile, 0 ; choléra nostras, 0 ; angine couenneuse, 12 ; croup, 9 ; affection puerpérale, 5 ; affections aiguës, 265 ; affections chroniques, 232 (dont 159 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 44 ; causes accidentelles, 21.

Du 29 *janvier au* 5 *fevrier*, 957 décès ainsi répartis : variole, 2 ; rougeole, 7 ; scarlatine, 0; fièvre typhoïde, 11 ; érysipèle, 7; bronchite aiguë, 61 ; pneumonie, 70 ; dysentérie, 1 ; diarrhée cholériforme des enfants, 3 ; choléra infantile, 0 ; choléra nostras, 0 ; angine couenneuse, 6 ; croup, 26 ; affections puerpérales, 3 ; affections aiguës, 383 ; affections chroniques, 424 (dont 177 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 39 ; causes accidentelles, 14.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Adrien Delahaye, éditeur.

La mort, sa constatation, ou procédé à l'aide duquel on peut reconnaître et éviter les enterrements de vifs.
Par le Dr H. Hoarau. In-8, 75 c.

Librairie F. Savy, 24, rue Hautefeuille, Paris.

Du tænia ou ver solitaire, de ses espèces et de ses variétés. Par le Dr Louis Chapot. Prix, 2 fr.

Au bureau du Journal.

Traité pratique du Rétroceps (forceps asymétrique). Par le Dr L. Hamon. — 1 vol. in-8, 8 fr. *franco*.

Le Directeur-Gérant,
MARTIN-LAUZER.

N° 5. — 1er MARS 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

HOTEL-DIEU.

Service de M. le Dr Alph. Guérin.

1° Affections des organes génito-urinaires.

(homme et femme.)

a. Végétations de la vulve. — *Poudre de sabine.* — *Cautérisation.* — *Excision.* — Avant d'en venir à une opération radicale, M. A. Guérin emploie la *poudre de sabine* avec laquelle il saupoudre les végétations. Cette poudre, légèrement irritante, agit comme cathérétique, et amène parfois une certaine diminution dans le volume de ces excroissances dont quelques-uns se flétrissent, même complétement. Ce moyen, bien souvent, n'est que palliatif et ce chirurgien a recours alors, soit à l'*excision* avec les ciseaux courbes, qui a l'inconvénient de donner lieu à un écoulement de sang parfois très-considérable, soit plutôt aux *cautérisations* pratiquées avec l'acide chromique ou l'acide nitrique monohydraté : si l'application de ce dernier caustique est suivie d'une guérison plus rapide et plus radicale, elle occasionne des douleurs souvent très-vives. Les végétations pédiculées peuvent être traitées par la ligature.

b. Esthiomène. — *Cautérisation.* — *Instrument tranchant.* — *Traitement général.* — La thérapeutique que ce chirurgien applique à ce lupus rongeant de la vulve varie suivant le degré que présente la maladie. A-t-on affaire à un esthiomène superficiel caractérisé par un tubercule qui se convertit bientôt en plaques squammeuses d'un rouge foncé qui se propagent en circonférence, tandis que la cicatrisation se fait au centre, il commence par l'emploi de la teinture d'iode à laquelle il substitue, si elle est insuffisante, les cautérisations, soit avec l'huile de cade, soit avec l'huile de croton ou la pâte de Vienne : l'usage du cautère actuel lui a donné aussi de bons résultats, surtout pour la variété réellement serpigineuse, sur laquelle il est difficile de répandre les caustiques.

Dans l'esthiomène qui détruit les tissus en surface et en profondeur, mais où les ulcérations ne se développent qu'avec lenteur et se couvrent parfois de végétations plus ou moins fongueuses, les cautérisations profondes avec le bi-iodure de mercure, le chlorure de zinc, la pâte arsenicale ou la pâte de Vienne arrêtent parfois la marche de l'affection, et paraissent jouir du reste d'une innocuité presque complète. C'est plus spécialement que dans la variété perforante et éléphantiasique qu'il emploie l'instrument tranchant et qu'il retranche aussi largement que possible toutes les parties molles qui ne sont pas aptes à donner une cicatrice de bonne nature : on a du reste affaire, en ce cas, à une région où des téguments souples et lâches peuvent, jusqu'à un certain point,

venir combler les vides qu'aura produit le bistouri. Il ne néglige pas non plus, avant comme après l'opération, la médication anti-scrofuleuse.

c. Rétrécissement de l'urèthre. — *Uréthrotomie* et *dilatation*. — M. A. Guérin admet certainement l'*uréthrotomie* comme un bon moyen, parfois indispensable; mais il défend beaucoup la cause de la *dilatation*, et soutient même que l'uréthrotomie ne peut jamais se passer du concours de cette dernière méthode. Il n'est donc pas de ceux qui prétendent (et ils sont bien peu nombreux aujourd'hui) que la dilatation est une méthode *routinière* et *inutile* et que l'uréthrotomie peut suffire, dans tous les cas, à donner une guérison prompte et radicale. C'est une opinion à laquelle l'ont conduit ses recherches sur la physiologie pathologique des rétrécissements de l'urèthre. Pour lui, ces rétrécissements ne proviennent presque jamais de tissu inodulaire, et n'ont pas du reste leur siége exclusif dans la muqueuse de l'urèthre. La stricture de cette membrane, conséquence d'une lésion qui lui est extérieure, serait due à la rétraction des fibres indurées du tissu réticulaire sous-jacent, et aurait pour point de départ un dépôt de lymphe plastique : la section de ces brides fibreuses de dehors en dedans, étant l'unique moyen d'obtenir sûrement la guérison, il faut, quand on emploie l'uréthrotomie interne, ne pas se contenter de scarifier la muqueuse uréthrale, mais donner aux incisions une profondeur assez grande pour atteindre ces brides ; et cette uréthrotomie interne, selon M. Guérin, doit toujours être suivie du passage de bougies, parce que les incisions sans dilatation ne peuvent se cicatriser sans qu'un retrait des parois uréthrales aient lieu consécutivement.

Il n'admet pas qu'on incise l'urèthre sans avoir préalablement tenté la dilatation qui a toujours au moins le grand avantage de distendre les tissus rétractés, et d'en faciliter la section ultérieure.

L'uréthrotomie superficielle, a dit ce chirurgien en 1865, Soc. chir., est une méthode aussi irrationnelle que le serait la section de la moitié d'un tendon rétracté.

Dans le cas de rétrécissement cicatriciel traumatique *infranchissable à la sonde*, mais cependant encore un peu *franchissable à l'urine*, il pratique l'*uréthrotomie externe* sans conducteur, comme nous la lui avons vu pratiquer en 1872, pour un cas de rétrécissement traumatique très-étendu chez un homme dont la verge et le testicule droit avaient été arrachés par la bouche d'un cheval.

Cette *uréthrotomie externe* porte beaucoup d'imprévu dans son exécution; on sait bien quand on la commence, mais on ignore comment on l'achèvera, et même si elle pourra être menée à bonne fin : prétendre, comme cela est écrit dans certains ouvrages et dans les nombreuses thèses qui traitent ce sujet, que le premier temps (recherche et incision de l'urèthre) ne présente pas d'ordinaire de difficultés, c'est porter un jugement un peu téméraire; car, bien qu'il soit instruit, qu'il ait l'habitude des opérations, qu'il connaisse à fond l'anatomie du périnée, le chirurgien ne peut jamais prévoir les difficultés qu'il va rencontrer et il est très-souvent pris au dépourvu.

Opération. M. Guérin, assis en face du malade (la peau de cette région étant parfaitement tendue), fait une incision verticale de 5 à 7 centimètres, et s'arrêtant à 2 cent. 1/2 environ de l'anus, il divise couche par couche de la superficie à la profondeur. Il ne tarde pas à se trouver au milieu du tissu induré dont on sent la présence par le palper périnéal. La section de ce tissu par le bistouri donne lieu souvent au bruit du squirrhe au moment où on le coupe. Il évite le bulbe. Dans l'exemple précédent, où cet organe était converti en une masse fibreuse dans presque toute son épaisseur, il fut sectionné, mais ne donna lieu à aucune hémorrhagie. Se reportant toujours vers la partie postérieure, mais se maintenant le plus exactement possible sur la ligne médiane, on incise couche par couche pour atteindre la portion membraneuse : c'est alors que l'opération est livrée un peu au hasard. Le chirurgien explorant à l'aide de l'indicateur

uche la profondeur de la plaie, croit à que instant avoir la sensation d'un don qu'il prend pour l'urèthre. M. Guéin, pour faciliter ce temps, introduit dex dans la cavité rectale, et divise sûrement alors le tissu fibreux couche r couche, et transversalement jusqu'à qu'une *ouverture en bec de flûte* lui inque qu'il a ouvert la portion memneuse du canal. Il introduit alors sonde dans le bout postérieur, puis autre dans le bout antérieur, et les nissant l'une à l'autre reconstitue montanément le canal.

a fait qu'il est bon de se rappeler, c'est dans cette opération il faut, dans l'éeur du périnée, pénétrer à une proeur très-considérable (de 1 à 4 c. au s) avant de trouver la partie libre du l: généralement il n'y a pas un écouent de sang immédiat très-abondant, on doit bien surveiller les malades de d'hémorrhagies consécutives.

Blennorrhée.—*Dilatation.*—Dans la morrhagie chronique, M. Guérin croit, beaucoup d'autres, que les injections tiques répétées peuvent dépasser le but on se propose et faire passer l'uréthrite dégré d'inflammation tel qu'elle se age au tissu réticulaire sous-jacent, à embrane muqueuse. — Le meilleur ende prévenir les coarctations consécuest certainement de traiter ces blenhées anciennes par la compression et exercer sur les glandules uréthrales mmées et chargées de muco-pus, à e du passage successif de bougies omme élastique graduées.

ffections des os et des articulations. Amputations.

Fracture du col du fémur. — obilisation. — *Gouttière de Bonnet.* l. *Fracture intra-capsulaire.* — *Cal eux.* — M. A. Guérin a cherché par expériences cadavériques à prouver, il près de 30 ans (*Arch. génér. méd.*, et juin 1845) que le fragment interne it directement par le ligament rond le qui lui est nécessaire pour vivre, et qu'il en reçoit tout autant par cette voie que l'extrémité supérieure du fragment inférieur par l'artère nourricière. Il a examiné avec soin les nombreux appareils destinés à maintenir les fragments en contact, et il a conclu à leur insuffisance, comme A. Cooper l'avait déjà dit du reste. — Il préfère de beaucoup l'immobilisation dans la gouttière de Bonnet et ne conseille pas de faire lever les malades peu de jours après l'accident.

II. *Fracture extra-capsulaire.* — M. A. Guérin est un de ceux qui regardent, dans cette variété de fracture, l'augmentation de volume du grand trochanter comme un signe véritablement pathognomonique. — L'accroissement dans le diamètre transversal de cette tubérosité coïncide avec son éclatement et son enfoncement; cet engrènement des fragments, constaté par la clinique et l'expérimentation, est la condition qui favorise la formation rapide du cal, aussi doit on faire en sorte de le respecter le plus possible et de ne pas chercher à produire, par des mouvements intempestifs, la crépitation, ce qui aurait pour effet de détruire le rapport des surfaces osseuses enchevêtrées et de mettre la fracture dans des conditions plus fâcheuses pour la consolidation à venir. — On ne doit donc tenter aucune manœuvre pour la réduction, et dès qu'on a constaté la fracture par ce seul symptôme, *augmentation du volume du grand trochanter*, on doit prescrire l'immobilité la plus absolue. M. Guérin préfère de beaucoup la *Gouttière de Bonnet* où le cal peut s'effecteur en un mois, cinq semaines tout au plus, si on a le soin de ne faire éprouver aucun mouvement aux fragments, tout en inclinant la gouttière de temps à autre pour éviter les escbares consécutives à un décubitus trop prolongé. — Au bout de 40 à 45 jours on peut permettre au blessé de se lever et d'essayer de marcher à l'aide de béquilles. — On sait qu'à l'aide de son appareil, le chirurgien de Lyon a pu obtenir la consolidation chez des personnes âgées de 63, 80 84 ans.

b. Fracture de la cuisse. — *Appareil*

de Scultet. — M. Guérin n'a pas recours en général aux appareils à extension continue et croit qu'il est bien difficile aussi, dans ces cas, d'appliquer les bandages inamovibles. Lorsque la solution de continuité est simple et non compliquée de plaie, il se contente de mettre un appareil de Scultet qu'il surveille de temps à autre et qui suffit à maintenir le membre dans une bonne position.

c. Fracture de la clavicule. — *Bandage de Desault silicaté.* — Facilité de réduction, difficulté du maintien de cette réduction, tels sont les deux points qui priment la thérapeutique de cette fracture ; aussi doit-on toujours prévenir les blessés de la difformité qui peut persister, quoiqu'elle n'entraîne pas généralement de gêne du côté des mouvements. — M. Guérin n'adopte pas tel ou tel appareil à l'exclusion de tous les autres ; cependant il croit que l'immobilisation sera plutôt réalisée avec le bandage de Desault dont les bandes sont préalablement silicatées. — Il a démontré depuis longtemps que la difformité du cal, qui est du reste fréquente, ne dépend pas seulement de l'insuffisance des moyens de contention du fragment externe, mais aussi des *mouvements du fragment interne* qui obéit, par suite des mouvements de la tête, à la contraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Il a prouvé encore (*Arch. méd.*, mai et juin 1845) par des expériences cadavériques et cliniques (service de Blandin) que, malgré l'appareil de Desault, le *fragment interne de la clavicule est solidaire de tous les mouvements du bras du côté sain.* Cette mobilité, dit-il, est en raison inverse de la longueur du fragment interne. C'est pour cette raison que la difformité est relativement peu considérable dans les cas où la fracture se produit près de l'acromion.

d. Tumeur blanche du genou. — *Cautérisation ponctuée.* — *Appareil ouaté.* — *Phosphate de chaux à l'intérieur.* — Repos, immobilisation, pointes de feu appliquées tout autour du genou et compression à l'aide de la ouate (*appareil Burggraeve*), tel est le traitement le plus communément employé par M. Guérin conjointement avec le traitement général anti-scrofuleux, huile de foie de morue et surtout le *phosphate de chaux* à haute dose, de 4 à 40 gr. par jour, médicament qu'il considère comme un agent de réparation d'une grande puissance chez les jeunes sujets.

Constriction permanente des mâchoires. — *Dilatation avec des fragments de liége.* — M. A. Guérin se montre, d'une façon générale, peu partisan des opérations de Rizzoli (section osseuse de manière à obtenir par l'écartement des fragments une pseudarthrose) ou d'Esmarch (ablation d'un coin de la substance osseuse pour obtenir le même résultat), qui ont pour but de permettre l'écartement des mâchoires. Non-seulement il considère cette opération comme bien souvent insuffisante, mais encore comme grave. Il préfère avoir recours à la dilatation journalière avec des *fragments de liége*, d'une façon persévérante pendant des semaines, des mois. Ce n'est que lorsque l'on a essayé pendant très-longtemps la dilatation et qu'on a échoué totalement, qu'il faut avoir recours à la section ou l'excision du maxillaire inférieur.

f. Amputation. — *Lambeaux taillés de dehors en dedans.* — M. A. Guérin, dans les amputations, ne rejette pas d'une manière générale la section des lambeaux taillés par transfixion, car il pratique cette dernière méthode pour la plupart des amputations des membres dans la continuité et pour la taille du lambeau antérieur dans la désarticulation de la cuisse ; quant à la désarticulation du poignet et aux amputations partielles du pied, il donne la préférence à la section des lambeaux qu'il a le soin de tracer tout d'abord, et moins pour une grande partie de la profondeur des tissus, *de dehors en dedans.* Ce mode opératoire, principalement pour les amputations de Lisfranc, de Chopart et sous-astragalienne, nous paraît être suivi, en effet, d'une perfection plus grande dans la taille des lambeaux qui gagnent beaucoup en régularité.

3° Pansement ouaté.

Le pansement ouaté, imaginé par M. A. Guérin, est appliqué avec avantage par ce chirurgien à une foule d'affections chirurgicales. Il repose sur ces quatre principes : 1° filtration et purification de l'air qui se tamise à travers la couche épaisse de ouate; 2° compression élastique; 3° température uniforme; 4° rareté du pansement.

Il est employé par lui :

Pour les amputations et désarticulations;

Pour les traumatismes avec plaies, pour les fractures compliquées;

Pour les altérations osseuses ;

Pour les ablations de tumeurs (mamelles surtout);

Pour les ulcères variqueux ou d'autre nature ;

Pour le mal perforant ;

Pour les kystes synoviaux rhiziformes, etc., etc.

Les préceptes suivant lesquels M. Guérin fait le pansement ouaté et que l'on trouve développés dans les thèses de plusieurs de ses élèves et spécialement dans celle de M. le Dr Hervey, qui vient d'être couronnée par la Société de chirurgie, sont les suivants : *a*, appliquer le pansement dans la pièce où l'opération a été pratiquée, c'est-à-dire en dehors des salles de malades ; se servir de ouate entièrement *vierge*, de belle qualité, de fabrication récente et qui a été conservée en paquets serrés en dehors des salles de l'hôpital ; *c*, l'épaisseur des couches superposées de ouate doit être extrêmement considérable et envelopper non-seulement la partie malade, mais les régions périphériques; *d*, tasser les couches multiples de ouate à l'aide de tours de bandes de toile solide qui se croisent perpendiculaires et se constituent actuellement des poulies de renvoi. Cette compression énergique, qui est l'un des éléments nécessaires au succès du pansement, nécessite pour les derniers tours de bandes toute la force du chirurgien.

L'effet immédiat de ce pansement, même après les amputations les plus graves, est la diminution, puis l'absence complète de toute douleur; le malade est calme, peut et désire même prendre des aliments et n'est point privé de sommeil ; il y a, en un mot, une diminution notable des phénomènes de la fièvre traumatique : la pression, les chocs même violents, exercés sur cette masse comprimée de ouate, ne déterminent chez lui aucun ébranlement, aucune douleur, et, s'il est nécessaire, l'amputé peut être transporté sans inconvénient d'un lieu à un autre et même supporter sans danger un long voyage : on comprend donc quels avantages on retirerait de ce mode de pansement sur les champs de bataille et lors des évacuations précipitées de blessés.

Toutefois ce pansement demande à être surveillé et il ne faut pas croire qu'une fois qu'il est appliqué, tout est dit. Si les jours suivants le malade souffre un peu, M. Guérin, à l'aide de nouveaux tours de bandes, augmente la compression ; il faut éviter que l'appareil ne se relâche, éviter également qu'il n'exhale une mauvaise odeur. Enfin si au bout de quelques jours le pouls s'élève et que le thermomètre accuse aussi une élévation subite de la température, on devra oter immédiatement l'appareil, pour voir s'il n'est pas survenu quelque complication (angioleucite, érysipèle, abcès, etc.). Ce n'est guère qu'au bout de 3 semaines que M. Guérin défait le premier pansement (en dehors des salles) il le réapplique rarement plus de 3 ou 4 fois.

Ce mode de pansement, surtout pour les amputations, est évidemment appelé à rendre les plus grands services.

4° Affections des téguments. Anaplastie.

a. Anthrax.—*Incision sous-cutanée.* — Parmi les chirurgiens, de notre époque, les uns pensent qu'il est dangereux de laisser la maladie à elle-même et préconisent les larges et profondes incisions cruciales intéressant toute la masse morbide, les autres moins convaincus de la nécessité de ces incisons, Nélaton était du nombre, croient à l'innocuité de l'expectation et appliquant simplement des cataplasmes, abandonnent l'anthrax aux seuls efforts de la nature.

M. A. Guérin a adopté depuis longtemps peur ce genre d'affection une méthode mixte qui lui a donné jusqu'à-présent d'excellents résultats. Elle consiste pratiquer une incision cruciale dans toute la profondeur du produit morbide, mais en ménageant les téguments, c'est-à-dire en faisant seulement à la peau une petite ouverture centrale pour passer le bistouri et par où, ultérieurement, les tissus sphacélés vont s'échapper. M. Guérin opère de la manière suivante : il plonge au centre de l'anthrax la lame étroite d'un bistouri droit et le glisse à plat sous la peau jusqu'a ce qu'il ait dépassé les limites du mal; alors, dirigeant le tranchant de l'instrument vers les parties profondes, il coupe de dehors en dedans jusqu'à ce que toute la masse soit sectionnée ; puis il pratique deux ou trois autres incisions analogues. L'opération n'offre, du reste, aucune difficulté ; si les téguments présentent quelque point mortifié, c'est celui-là qu'il faut choisir pour introduire le bistouri.

5° Affections oculaires et naso-pharyngiennes.

a. Ectropion. — *Blépharoplastie. V renversé avec incision oblique partant de chacune des extrémités.* — Dans les cas d'ectropion avec destruction plus ou moins grande de la surface cutanée de la paupière inférieure, M. A. Guérin a l'habitude de faire la blépharoplastie par la méthode suivante, imaginée par lui, et qui a donné entre ses mains de très-bons résultats. Il pratique au-dessous de la paupière deux incisions se réunissant en V renversé, puis de chaque extrémité de ce V il fait partir une incision oblique qui se dirige parallèlement au bord libre, ce qui donne la ligne brisée ci-jointe :

Les deux petits lambeaux latéraux ayant été disséqués et laissant deux plaies triangulaires, les deux branches du V se reportent en haut et se rapprochant ne forment plus qu'une ligne verticale, ce qui permet à la paupière de se relever d'autant; puis il fait la suture des deux paupières (*blépharoraphie*).

b. Polype naso-pharyngien. — *Excision et rugination des os.* — Incision du voile du palais sur la ligne médiane après l'avoir fixé avec une pince à griffes. Le polype est saisi avec une pince de Museux, excision avec de longs ciseaux; introduction par la narine d'une rugine droite lancéolée qui est guidée par le doigt porté derrière le voile du palais sur le pédicule : rugination de la surface d'implantation ; cautérisation.

Dr Gillette.

HOTEL-DIEU

Service de M. Guéneau de Mussy.

Adénopathie bronchique. — Le diagnostic de cette affection est le plus souvent très-difficile, sinon même impossible.

On constate bien, dans cette maladie une submatité et un défaut d'élasticité à la percussion de la moitié droite et supérieure du sternum, ainsi que les mêmes signes à la partie correspondante en arrière de la poitrine; l'auscultation fait bien entendre de la broncho-phonie et du souffle, mais tous ces caractères n'ont rien de bien pathognomonique; aussi M. Guéneau de Mussy a-t-il rendu un véritable service à l'étude de cette affection en caractérisant, par un grand nombre d'observations, la nature du souffle qui a un caractère *aspiratif*. Ce souffle aspiratif est caractéristique de la compression des bronches, et permet de poser un diagnostic certain.

Comme traitement il ordonne à prendre chaque jour :

Teinture d'iode. . . . 6 à 8 gouttes.
Dans sirop de colombo. 30 gramm.

En même temps, régime tonique et quelques pilules d'iodure de fer.

Paralysie hystérique. — Cette

lection est une de celles qui cèdent le plus ilement et le plus rapidement au traiment psychique, aussi est-ce ordinaire-ent sur cette classe de maladies que s'ef-ctuent ces cas de guérison plus au moins iraculeuse, que l'on a vu publier à grand ncas par quelques journaux.

M. Guéneau de Mussy a réussi, dans elques cas, par l'emploi de pilules de ies *panis*, en ayant soin de les donner mme un médicament excessivement ergique.

Quelquefois le traitement n'est pas si simple, et l'on est obligé d'avoir ours aux courants d'induction et à ydrothérapie. L'emploi combiné de ces ux moyens thérapeutiques donne d'ex-llents résultats.

Intoxication mercurielle. — Intoxication mercurielle est une mala-e qu'il est important de traiter avec une rtaine énergie, car le profond retentis-ment qu'elle présente sur l'organisme ier et sur les fonctions digestives en rticulier, est une cause de cachexication pide.

Les bains sulfureux ont l'avantage d'a-r une double action sur l'élimination mercure et sur la tonicité générale de rganisme. Contre la stomatite mercu-lle, le chlorate de potasse est le médi-ment auquel on a le plus souvent re-urs. M. Guéneau de Mussy fait usage du lorate de soude, qu'il a soin de faire udre dans de la décoction de têtes de ots, lorsque les douleurs sont très-ives. Un moyen de le rendre plus effi-ce, consiste à faire des bourdonnets de arpie, que l'on imbibe de chlorate de ude et que l'on maintient entre les joues les arcades dentaires.

Il fait prendre en même temps chaque r la potion suivante :

Chlorate de soude. . . .	6	grammes.
Eau.	150	—
Sirop de gentiane.	30	—

Par cuillérée à bouche.

Les amers et les toniques sont donnés multanément.

Lorsque, malgré ces moyens, le tremblement persiste, il a recours aux pilules de phosphure de zinc :

Phosphure de zinc.	0 gr. 40
Réglisse pulvérisée.	0 gr. 60
Sirop de gomme.	Q. S.

Pour 50 pilules.

Commencer par une chaque jour et en prendre deux le 3e ou 4e jour.

Sous l'influence de ce traitement, le tremblement cesse au bout de quelques jours, et les érections, qui avaient complétement cessé, reparaissent assez rapidement.

Rhumatisme articulaire subaigu. — Outre le traitement local qui consiste en onctions laudanisées et enveloppement avec de la ouate, M. Guéneau de Mussy a recours, à l'intérieur, au traitement par la teinture de colchique, qu'il fait prendre à la dose de vingt gouttes par jour, dans un peu d'eau sucrée.

Dans le rhumatisme noueux, il a obtenu de très-beaux succès par l'usage du traitement suivant :

Bains tous les deux jours d'abord, puis ensuite tous les jours, et dans chaque bain ajouter :

Arséniate de soude. .	6 à 8	grammes.
Carbonate de soude. .	100	—

En même temps il faut appliquer sur les articulations malades, un emplâtre ainsi formulé :

Emplâtre de ciguë }	ãã. .	5 parties
Emplâtre adhésif }		
Iodure de potassium pulv.	1	—

Avoir soin de bien incorporer l'iodure de potassium dans l'emplâtre.

Lorsque les douleurs articulaires sont très-vives, M. Guéneau de Mussy fait usage avec beaucoup de succès, d'une pommade calmante ainsi formulée :

Extrait de belladone. . .	4	grammes.
Extrait de jusquiame. .	6	—
Extrait d'opium.	2	—
Axonge.	50	—

En frictions, trois ou quatre fois par jour.

Ulcère simple. — En même temps que le régime lacté, il administre au malade une potion ainsi composée :

Julep gommeux.	125	gramm.
S. nitrate de bismuth. .	2	—
Extrait de belladone. . .	0,10	cent.

Par cuillerée à bouche dans les vingt-quatre heures.

Si le vomissement résiste à cette thérapeutique, il faut appliquer à la région épigastrique un emplâtre avec :

Extrait de belladone.	parties égales
Thériaque.	

Qu'il laisse continuellement en place en ayant soin de le renouveler tous les deux ou trois jours.

Pyélo-néphrite. — Dans le pyélo-néphrite, très-souvent les capsules d'essence de térébenthine ne sont pas facilement supportées par les malades, aussi leur préfère-t-il :

Les capsules de térébenthine de Venise.

A la dose de deux à trois par jour.

Il est encore une préparation que malheureusement on ne peut pas toujours se procurer facilement, et qui jouit d'une efficacité encore plus grande, c'est :

L'essence de genièvre.

Cette essence, qui constitue la base des gouttes de Harlem, a été employée avec succès par M. Guéneau de Mussy, aussi en recommande-t-il l'usage.

Comme traitement externe, il a recours aux applications de cautères à la région des reins, ainsi qu'aux bains émollients.

Aménorrhée. — Dans plusieurs cas où le safran s'était montré sans résultat, il a eu recours aux pilules suivantes :

Salicine pulvérisée. . .	40	centigr.
Rhubarbe pulv.	8	—
Conserve de roses. . . .	Q. S.	

Pour une pilule, en prendre deux et quelquefois trois par jour.

Métrorrhagie. — La digitale est très-efficace dans les cas de métrorrhagie sans corps étrangers dans l'utérus, dans les autres cas, le seigle ergoté ou l'ergotine sont d'une efficacité incontestable.

Dans un cas de métrorrhagie, j'ai vu M. Guéneau de Mussy employer la méthode de Chappman, qui consiste à faire, à la région des reins, l'application d'une vessie remplie d'eau chaude que l'on a soin de renouveler trois ou quatre fois au moins par jour. Dans des cas semblables, Trousseau avait déjà eu recours à des injections d'eau chaude.

Lorsqu'au contraire il y a aménorrhée, Chappman fait appliquer à la même place des vessies remplies de glace. Selon l'auteur de cette innovation, Chappman explique cette action thérapeutique, dans le cas de l'eau froide, par une excitation du plexus hypogastrique qui amènerait le resserrement des vaso-moteurs, et dans le cas de l'eau froide par une paralysie de ces mêmes vaso-moteurs. Cette explication paraît bien théorique à M. Guéneau de Mussy, mais en attendant que la physiologie en ait donné une explication exacte, il sera toujours bon d'y avoir recours dans les circonstances analogues à celles que nous venons de rapporter.

Constipation. — Chez les individus sujets à des constipations opiniâtres, en même temps que l'on fait usage des laxatifs de toute nature, il est bon de se préoccuper des douleurs souvent atroces que ces malades éprouvent en allant à la garde-robe après une constipation qui, dans quelques cas, a pu être d'assez longue durée. Pour parer à cette fâcheuse complication, il a recours à l'usage d'un suppositoire avec de l'extrait de belladone, de l'extrait d'opium et du beurre de cacao, que l'on applique quelque temps avant le moment de prendre la purgation ou le laxatif.

Pneumo-thorax. — A propos d'un cas de pneumo-thorax qui n'était caractérisé au début que par un son tympanique, affaiblissement du murmure vésiculaire, et légère augmentation des diamètres de la poitrine chez un individu depuis longtemps emphysémateux, M. Guéneau de Mussy nous a montré un signe qui n'est signalé dans aucun traité, et qui a bien son importance; ce signe consiste dans la diminution du

eux sus-claviculaire, il ne manque jamais et pourrait être considéré comme pathognomonique de l'affection.

Comme ce malade était emphysémateux, il lui a fait prendre une potion avec deux gouttes de teinture de belladone.

Dr A. CADIER.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

De l'accouchement prématuré artificiel (1).

11e *observation*. — Fanny Ch..., primipare, âgée de 20 ans, rachitique n'ayant marché qu'à 9 ans, haute de 1 mètre 3 centimètres, dont le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne mesure que 55 millimètres; enceinte de six mois pleins, entre à la clinique le 2 décembre 1860.

1re injection le 2 décembre à 2 h. 1/2 du soir; la patiente dit éprouver quelques douleurs.

2e injection le même jour à 8 heures du soir; il y a quelques contractions utérines pendant la nuit.

3e injection le 3 décembre, à 7 heures du matin; après cette injection, le travail est franchement déclaré, les membranes se rompent spontanément à 10 heures 1/2 du matin. Le 4 décembre à minuit, la dilatation du col est complète, et à minuit 1/2, expulsion en occipito-cotyloïdienne gauche d'une fille qui vécut 24 h. La délivrance fut spontanée, la mère se rétablit très-vite.

Le diamètre bi-pariétal mesure 55 centimètres et le bi-mastoïdien 4 centimètres.

11e *observation*. — Mme G..., femme grande et forte, habitant à 32 kilomètres de Rennes.

1er accouchement qui fut terminé avec le forceps; enfant mort.

2e accouchement. Mme Pelée, sa sage-femme, et M. Aumont, que la sage-femme avait appelé, constatèrent que la cavité pelvienne était obstruée par une tumeur considérable développée sur la symphyse sacro-iliaque gauche et me font demander pour pratiquer l'opération césarienne; à mon arrivée auprès de la malade le fœtus était mort, ce qui me fit recourir à la céphalotripsie. La tumeur, de nature fibreuse, remplissait au moins un tiers de la largeur de l'excavation.

Une nouvelle grossesse étant survenue, je conseillai et je pratiquai l'accouchement prématuré artificiel au moyen des injections; mais la tumeur ayant fait des progrès depuis son dernier accouchement, je fus obligé d'appliquer le forceps deux fois et inutilement. Il fut nécessaire de pratiquer la céphalotomie. Cette femme eut quelques symptômes de métrite, mais elle se rétablit assez vite.

Une quatrième grossesse étant survenue et la tumeur ayant fait des progrès, mon confrère le Dr Rupin, de Vitré, fut obligé de pratiquer l'opération césarienne et la femme mourut.

12e *observation*. — Mme F..., 25 ans, primipare, rachitique, enceinte de 8 mois complets. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure 85 millimètres.

Entre à la clinique le 13 avril 1863.

Le même jour à 4 heures du soir, première injection qui détermine des contractions utérines; nouvelle injection à 9 h. du soir, contractions utérines énergiques. A onze heures la dilatation du col est complète; à minuit, rupture spontanée de la poche des eaux; à minuit 1/2, accouchement spontané d'une fille en première position du sommet. Cette enfant ne vécut que quelques heures.

Cette femme se rétablit vite et sortit de la clinique deux jours après son accouchement.

13e *observation*. — Mme S..., multipare, rachitique, dont le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure 85 millimètres, demeure à 16 kilomètres de Rennes.

1er accouchement en 1863, terminé par la céphalotripsie, après quatre applications de forceps complétement inutiles.

2e grossesse en 1864. A huit mois pleins, le 18 juillet à 8 heures du soir, injection

(1) Suite et fin. Voir les trois derniers numéros.

avec l'appareil Charrière; effacement et ouverture du col utérin. Nouvelle injection le lendemain à six heures du matin; pendant l'injection je sens la muqueuse vaginale se déchirer vers le cul-de-sac postérieur. Suspension de l'injection; malgré cet accident, le travail se déclare et marche assez rapidement pour qu'il se termine dans la nuit du 18 au 19, par l'expulsion d'une fille vivante, qui vit encore, et est très-intelligente.

Nouvelle grossesse en 1865; accouchement prématuré à huit mois pleins. L'accident que cette femme avait éprouvé l'année précédente, m'empêche d'avoir recours aux injections; j'emploie l'éponge. Une première éponge est placée le soir, elle produit un peu de dilatation du col, mais point de contractions utérines. Le lendemain matin avant mon départ, introduction d'une nouvelle éponge qui pénètre dans la cavité du corps de l'utérus; je laisse la parturiante aux soins de son médecin. Le travail se déclara dans la journée, et cette dame accoucha le soir d'un fœtus mort. Cette dame succombait elle-même huit jours après son accouchement, par suite d'une métro-péritonite.

14e *observation*. — Femme S... J..., cultivatrice, rachitique, âgée de 30 ans, n'ayant marché qu'à 5 ans, haute d'un mètre 30 centimètres. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure 6 centimètres 1/2.

1re grossesse en 1863 arrivée à son terme.

Après sept jours de travail et quatre applications de forceps faites inutilement, je fus appelé auprès de cette femme qui demeurait à 15 kilomètres de Rennes; je pratiquai la crâniotomie; la malade se rétablit vite.

Devenue enceinte de nouveau en 1865 et parvenue à la fin du septième mois de sa grossesse, je la soumis à l'accouchement prématuré artificiel; l'accouchement s'effectua après deux injections. L'enfant du sexe masculin naquit vivant et a continué de vivre; mais sa mère fut prise de frissons dès la première injection. et de vomissements après la seconde, et mourut d'une métro-péritonite quatre jours ap son accouchement.

15e *observation*. — Mme M..., mul pare, n'est ni grande ni petite, mais s mari a la tête et les épaules très-dé loppées.

En 1862, 1er accouchement. L'enfant présente par le sommet, le forceps fut n cessaire; enfant mort-né.

En 1864, 2e accouchement. L'enf présente les pieds et vient mort.

En 1865, 3e accouchement. Présentat du sommet, forceps, enfant mort. Ap en consultation à ce 3e accouchement, constatai que le diamètre antéro-po rieur du détroit supérieur ne mesu que 95 millimètres; vu l'étroitesse bassin, le volume de la tête du mas les résultats des accouchements pr dents, je conseillai l'accouchement maturé à huit mois pleins, s'il surve une nouvelle grossesse.

Cette nouvelle grossesse eut lieu 1866.

J'eus recours aux éponges. L'accou ment ne se termina que le douzième de leur emploi, par la naissance garçon vivant; mais le cordon ombi n'ayant pas été bien lié et l'enfant comprimé par ses langes, une hémo gie eut lieu par le cordon, ce qui blit considérablement cet enfant qu vécut que 18 heures.

En 1867, 5e grossesse. Accouche prématuré artificiel au moyen des ches vaginales et utérines; accouche au bout de 24 heures pendant lesqu cinq douches furent administrées; sion spontanée d'un garçon, en pre du sommet; cet enfant est mainten très-beau garçon.

En 1868, 6e grossesse. Accouche prématuré artificiel à huit mois plei grossesse, cinq douches suffirent à cet accouchement; naissance spon d'une fille en deuxième du siége. Cet tite fille est encore très-bien portan

Ces deux enfants n'ont encore cune maladie, sauf la coqueluche; co leur père, ils ont la tête très-gros toute ronde. Cette dame s'est tou

rétablie très-vite après tous ses accouchements.

16e *observation.*—Alexandrine B..., primipare, âgée de 26 ans, haute d'un mètre 30 centimètres, non ensellée. Les cuisses très-rapprochées l'une de l'autre, ne peuvent s'écarter qu'avec difficulté et sont dirigées en dehors; le compas d'épaisseur donne 18 centimètres de la première épine sacrée à la partie supérieure de la symphyse pubienne, et 22 centimètres du milieu d'une crête iliaque au milieu de celle du côté opposé. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure 10 centimètres, le long pubien 7 centimètres, le coccyx est soudé au sacrum, la face antérieure du sacrum est droite. Cette fille est envoyée à la clinique par son médecin qui la juge incapable d'accoucher spontanément à son terme ; elle est à la fin de son huitième mois.

Quoique nous trouvons dix centimètres au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, vu le peu de largeur des hanches, le défaut de courbure du sacrum et la soudure du coccyx avec le sacrum, nous la soumettons à l'accouchement prématuré artificiel par les injections.

Le 28 avril 1871, à 6 heures du soir, 1re injection. Cette injection a dû pénétrer dans la cavité utérine, car il s'écoule un peu de sang; elle est suivie d'un frisson d'un quart d'heure, puis chaleur et fièvre quelques légères contractions. A 8 heures, nouvelle injection qui pénètre aussi dans l'utérus; nouveau frisson. Après cette injection, douleurs vives et fréquentes, le col utérin s'est ramolli et entr'ouvert. A minuit, dilatation complète du col; rupture spontanée des membranes à une heure du matin; le 29 elle accouche spontanément, à 3 heures du matin, d'un garçon vivant, venu en première position du sommet.

Dans la matinée du 29, cette pauvre fille, présentant tous les symptômes d'une infection purulente, est transportée dans un service de médecine, où elle succomba deux jours après.

A l'autopsie, rien d'appréciable, ni métrite, ni péritonite, point de pus ni dans les veines, ni dans les lymphatiques, point d'abcès métastatiques. Luxation congénitale des deux fémures, dont les têtes sont fixées à la partie externe des épines iliaques antérieures et inférieures. Le bassin est petit et les os très-minces; le bassin privé des femurs et de la dernière vertèbre lombaire pèse à peine 210 grammes; la hauteur totale du bassin est de 15 centimètres 1/2; le diamètre transverse du détroit supérieur mesure 11 centimètres ; la base du sacrum mesure 52 millimètres et l'épaisseur de la symphyse pubienne est de 6 millimètres.

17e *observation.* — Madame H..., multipare rachitique, très-ensellée, concavité du sacrum exagérée; atrophie du membre inférieur gauche avec carie du fémur. Le détroit supérieur du bassin est triangulaire; les cavités cotyloïdes étant repoussées en dedans, les pubis sont saillants; l'angle sacro-vertébral est très-prononcé. La mensuration du détroit supérieur donne 9 centimètres pour le diamètre antéro-postérieur; mais le bassin ayant une forme triangulaire qui le rapproche des bassins pyramidaux, la partie antérieure de ce bassin ne peut recevoir la tête fœtale. L'arcade du pubis est ogivale, comme chez l'homme; les ischions sont trop rapprochés l'un de l'autre.

1er accouchement en Angleterre, à terme; l'enfant se présenta par le siége, il fallut broyer la tête.

2e grossesse. Par mon conseil, accouchement prématuré artificiel à 8 mois de grossesse. Mon confrère le docteur Barbé, de Dinan, eut recours aux dilatations et aux injections; la préparation dura 8 jours. L'enfant se présenta par le siége et mourut pendant l'extraction de la tête qui fut longue et pénible.

3e grossesse; accouchement prématuré à 8 mois. Mon confrère ayant désiré que je pratique l'accouchement, je me rendis à Dinan ; la préparation dura quatre jours.

Le 16 janvier 1872, deux injections, après la 2e injection, introduction dans le col d'un cône d'éponge. Le 17, trois injections; après chaque injection, introduction d'une éponge : il est très-difficile d'introduire les éponges, vu que l'on ne peut écarter la cuisse malade. Après la 5e in-

jection, l'orifice interne de l'utérus permet l'introduction de l'extrémité de l'indicateur; il y a quelques contractions utérines qui cessent pendant la nuit.

Le 18 janvier, l'orifice interne de l'utérus permet l'introduction de deux doigts; ce jour, trois injections suivies de l'introduction d'une éponge: il y a dans la journée quelques contractions utérines bien caratèrisées, et qui ont été accélérées par 4 grammes de poudre d'ergot administrés en six fois dans douze heures; les contractions cessent dans la nuit du 18 au 19 vers trois heures du matin.

Le 19 au matin, nouvelle injection suivie de l'introduction d'une éponge qui déchire les membranes. A midi les douleurs sont vives et bien suivies, on retire l'éponge qui est teinte de méconium; la tête se présente transversalement en occipito-cotyliodienne gauche; une anse de cordon s'échappe, l'enfant est mort car le cordon est flasque, mou et sans pulsation; l'auscultation abdominale ne fait reconnaître aucun bruit cardiaque. Le forceps est appliqué deux fois avec beaucoup de difficulté pour la hanche gauche et ne tient pas. Nous pratiquons la crâniotomie, et la céphalotripsie. Cette dame fut, pendant une quinzaine de jours, sous l'influence d'un malaise général et d'un peu de fièvre; depuis elle a repris toutes ses habitudes.

18e *observation.* — Mme Ch..., primipare, âgée de 22 ans, haute d'un mètre et quelques centimètres, rachitique dans son enfance et n'ayant marché que fort tard, est arrivée à la fin du 6e mois de sa grossesse, lorsque sa mère, ayant des craintes (trop bien fondées) sur la normalité de la conformation de son bassin, me la fait examiner.

Cette jeune dame marche normalement et n'a pas les jambes torses. Les hanches sont peu développées, il n'y a pas d'ensellure considérable. Les pubis sont un peu aplatis. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure près de 9 centimètres.

Cette dame a la tête grosse, son mari aussi, et le père du mari l'a énorme. Tout porte donc à croire que l'enfant dont elle est enceinte aura une forte tête. En conséquence, ne voulant pas exposer cette jeune femme à une application de forceps, toujours très-pénible pour la mère avec un pareil rétrécissement, et souvent dangereuse par suite des contusions qu'elle détermine et qui, dans ce cas, tue généralement le fœtus, ni à recourir à une perforation du crâne, ce à quoi j'aurais été réduit au terme de la grossesse, je conseillai l'accouchement prématuré à huit mois pleins, afin de sauvegarder les intérêts de la mère et du fœtus. Cette proposition ayant été acceptée avec joie, je décidai que je commencerais l'opération le 27 avril 1872, le huitième mois de la grossesse, devant se terminer le 28 du même mois. Des circonstances particulières à moi-même, me faisant préférer commencer ce jour et non le lendemain.

Le 27 avril, à huit heures et demie du soir, je constatai une présentation du sommet et fis une première injection; sous l'influence de cette injection, le col utérin se raccourcit, et quelques légères contractions apparurent.

Le 28, à six heures du matin, nouvelle injection. L'orifice utérin présente la largeur d'une pièce de 50 centimes, contractions utérines assez rapprochées. Troisième injection à huit heures du soir, les contractions utérines sont fréquentes, l'orifice utérin, qui présente la largeur d'une pièce de 2 francs, est encore dur et épais. L'appétit a été bon toute la journée.

Le 29, à six heures du matin, la parturiante a peu dormi, l'orifice utérin n'est pas plus dilaté que la veille au soir.

Quatrième injection à six heures du matin, grand bain tiède de neuf à dix heures.

Cinquième injection à huit heures du soir. L'orifice utérin s'est notablement ramolli et aminci, son orifice égale la grandeur d'une pièce de cinq francs; à chaque contraction les membranes s'engagent dans l'orifice utérin. L'appétit est toujours bon.

Le 30, à six heures du matin, les contractions ont continué toute la nuit, mais la parturiante, qui a beaucoup de courage, les supporte allégrement dans l'espoir d'être bientôt mère. La dilatation de

l'orifice utérin est presque complète ; je ne donne pas d'injection, je me borne à prescrire deux grands bains, un le matin et un le soir. Il y a peu d'appétit, mais de la soif. A six heures et demie du soir, la patiente venant de sortir de son second bain, je trouve l'orifice utérin complétement dilaté, je romps les membranes au moment d'une contraction et la tête fœtale en occipito-cotyloïdienne droite vient remplacer les membranes. Les contractions utérines deviennent expulsives, et à huit heures et demie, naissance d'un garçon bien vivant, et qui actuellement est un bel enfant, aussi développé et aussi intelligent que tous ceux de son âge.

La délivrance fut naturelle. Cette dame se rétablit aussi vite qu'après un accouchement spontané.

Cette dame étant devenue enceinte dans les premiers jours de juin 1873, il fut convenu que nous la ferions accoucher dans la dernière quinzaine de février 1874.

Première injection, le 15 février, à six heures du soir ; trois injections le 16, et deux le 17 ; accouchement d'un garçon vivant, dans la nuit du 17 au 18. Ce garçon a vécu jusqu'à trois mois, époque où il succomba à une bronchite.

19e *observation*. Mme X..., soumise avec succès, en 1871, à l'accouchement prématuré artifiel, à la fin du huitième mois de sa grossesse, pour prévenir la mort intra-utérine du fœtus au commencement du neuvième mois, comme cela avait eu lieu à ses trois premières grossesses, et dont j'ai publié l'observation dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* de décembre 1871, devint enceinte l'année suivante. N'ayant pas voulu se soumettre de nouveau à l'accouchement prématuré artificiel, elle accoucha spontanément d'un enfant vivant à huit mois de grossesse, époque à laquelle nous l'avions fait accoucher l'année précédente. Ce qui prouve l'action qu'un accouchement prématuré artificiel peut avoir sur l'époque de la terminaison des accouchements suivants.

GODEFROY,

Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes.

OPHTHALMOLOGIE.

Maladies des yeux, nées de la carie des dents.

Les rapports qui existent entre la carie dentaire indolore et, pour ainsi dire, latente, et les divers troubles d'*innervation* et de *nutrition* qui ont été observés jusqu'à présent, méritent à plus d'un titre de fixer l'attention du praticien : ces troubles sont, d'ailleurs, assez multipliés pour qu'il soit permis de faire un choix parmi eux en m'occupant plus particulièrement ici, des affections oculaires dont l'origine a été, jusqu'à présent, à peine soupçonnée ou tout à fait méconnue.

Je n'ignore pas qu'il n'est pas toujours facile de persuader à un malade, et même à un médecin, que telle ou telle dent cariée, qui était restée tout à fait inoffensive, est devenue tout à coup, et sans que l'on sache pourquoi et comment, le point de départ d'une action réflexe plus ou moins active, ayant donné naissance aux désordres que l'on constate; on a plutôt de la tendance à ne voir là qu'une simple coïncidence au point de vue étiologique, et à s'expliquer la guérison de l'œil malade, à la suite de l'avulsion de la dent cariée par *une sorte d'action révulsive*, analogue à celle que l'on invoque pour interpréter les succès de la cautérisation de l'oreille dans la sciatique, ou ceux de la ponction de l'iris dans l'iritis aiguë ou chronique. S'il en était ainsi, la théorie serait en défaut, et la théorie seulement, car la pratique resterait la même. J'estime, cependant, qu'il existe, dans l'espèce, plus qu'une simple coïncidence et que le rapport de cause à effet ressortira bien plutôt de l'exposé des faits que nous allons aborder.

§ Ier

D'abord, paraît-il exister dans certains cas un rapport de cause à effet entre une carie dentaire indolore et une névralgie de la 5e paire ?

Déjà, en 1860, dans son *Compendium d'électricité médicale*, le docteur H. Van Holsbeek avait répondu par l'affirmative

en citant (voy. p. 362) une observation à l'appui de cette opinion.

Pour le docteur A. Tripier, le doute n'est même pas possible ; et il se rend compte du phénomène de la manière suivante : « Les sensibilités spéciales, fonctionnelles et la sensibilité à la douleur représentent-elles tous les modes d'activité, toutes les propriétés des nerfs sensitifs ? Non, dit-il.... les nerfs sensitifs ont encore la propriété de transmettre au centre des impressions qui, n'étant ni sensorielles, ni douloureuses, échappent à la conscience, et par suite à l'observation directe ; impressions dont, pour cette raison, le rôle a passé inaperçu bien qu'il ait en pathologie une importance considérable. »

« Et l'auteur invoque deux ordres différents de preuves à l'appui de ce qu'il appelle l'*action inconsciente des nerfs sensitifs sur les centres nerveux*, laquelle peut être rapprochée de l'activité fonctionnelle non perceptible des nerfs ganglionnaires. »

« Il cite, d'abord, de M. Cl. Bernard sur l'empoisonnement par la strychnine; desquelles expériences il résulte que le système nerveux sensitif est le premier atteint par l'agent toxique, et qu'il peut l'être en dehors de l'absorption et en faisant plonger les nerfs postérieurs d'une grenouille dans une solution de sulfate de strychnine : le train antérieur entre en convulsions tétaniques sous l'influence de la plus légère excitation ; ce qui ne peut s'expliquer qu'en admettant, dit l'auteur, que l'immersion des nerfs sciatiques dans la solution strychnique avait constitué le nerf dans *un état pathologique transmissible de son extrémité périsphérique à son extrémité centrale*, et capable de la généraliser ensuite par la substance grise de la moelle une fois affectée. »

« Pendant la demi-heure qui s'écoule entre le début de l'expérience et l'apparition des convulsions générales, aucun mouvement n'accuse, de la part de l'animal, le besoin de s'y soustraire ; d'où l'on peut conclure que cette première phase de l'intoxication n'est pas douloureuse. »

« Le docteur Tripier rappelle ensuite, que dans le tétanos traumatique, on voit une lésion d'une extrémité nerveuse sensitive aboutir, après un temps toujours long, relativement à la production d'une névropathie centrale qui se généralise promptement. Or, entre le traumatisme initial et le début des accidents convulsifs qui signalent l'envahissement du système nerveux, *et pendant qu'il transmet une impression qui doit déterminer le tétanos*, le nerf sensitif n'est pas douloureux. — Voy. A. Tripier, *Mém. sur les algies centriques et réflexes. — Arch. de médecine*, 1868. »

Si l'on passe, maintenant, du tétanos à la rage, on peut se demander si le virus rabique n'est point inoculé aux nerfs périphériques, comme paraît l'être aux nerfs sciatiques de la grenouille le sulfate de strychnine dans l'expérience si remarquable de M. Cl. Bernard.

S'il en était ainsi, on s'expliquerait :

1° L'efficacité des cautérisations qui détruisent les nerfs contaminés, alors que l'absorption a eu plus de temps qu'il ne fallait pour faire passer dans le torrent circulatoire le virus inoculé.

2° Les douleurs spontanées qui surgissent tout à coup, au niveau de la cicatrice plus ou moins ancienne dès qu'apparaissent les premiers symptômes de l'hydrophobie ; douleurs qui semblent déceler, en quelque sorte, le véritable point de départ de la maladie.

3° La longue durée de l'incubation, qui peut être d'une année entière chez le chien, en admettant que, dans l'espèce, le virus rabique avant d'atteindre les centres nerveux est resté, pour ainsi dire, confiné dans les nerfs périphériques.

Quoi qu'il en soit, le docteur Tripier, pour bien établir l'action des dents cariées et non douloureuses sur les divisions de la 5e paire, cite sept observations des plus probantes.

On peut encore invoquer relativement à l'action réflexe sur l'organe de la vision, les deux observations d'Hancock citées par le docteur Bouchut, et celle plus récente du docteur P. Lardier.

Il importe, toutefois, de remarquer que chez les enfants les dents cariées apparte-

nant à la première dentition, agissent moins sur le globe oculaire, que sur le follicule sous-jacent dont elles entravent l'évolution dentaire : d'où l'action réflexe exercée consécutivement par ce même follicule sur l'appareil de la vision.

§ II.

Lorsqu'à la suite de l'extraction d'une dent cariée, on voit disparaître, tout à coup, la névropathie coexistante, il est bien difficile de ne pas voir là un rapport de cause à effet, car les insuccès, à la rigueur, ne prouvent qu'une chose ; c'est que l'affection nerveuse était indépendante de la maladie dentaire, ou qu'elle avait acquis assez de ténacité pour lui survivre.

Et d'abord, disons un mot du larmoiement nerveux, comme je l'appelle :

Il est dû à une exagération dans la sécrétion des larmes, laquelle est sous la dépendance des nerfs ganglionnaires, d'après les physiologistes. Il persiste souvent des années entières, sans qu'il ait de déviation, d'obstruction, ou d'inflammation des voies lacrymales. On constate son apparition plus particulièrement sur des sujets lympathiques ou nerveux; et il a été confondu plus d'une fois avec la tumeur lacrymale au premier degré.

Il avait résisté, jusqu'alors, à tout traitement direct; or, pour la première fois, je viens de le voir guérir subitement après l'extraction de plusieurs racines pratiquées à la mâchoire supérieure pour préparer le terrain à l'adaptation d'une pièce artificielle. Et je me demande si cette sorte de névrose lacrymale n'aurait pas, dans quelques cas, son point de départ dans la carie latente et indolore de quelque molaire. J'appelle, par conséquent, l'attention à ce sujet.

A. — *Névralgie trifaciale avec amblyopie.* Le fait suivant me paraît des plus démonstratifs.

Observ. — M... F..., 28 ans, 10, rue de Condé, ressentit les premières attaques de sa névralgie, il y a 2 ans 1/2 ou 3 ans ; il reçut alors les soins du docteur Coursserant qui améliora sa position.

Je fus consulté, moi-même, l'an dernier pour M... F... pour la même affection qui finit par céder à l'emploi du sulfate de quinine.

Vers la fin d'octobre 1874, M... F... est venu, de nouveau, réclamer mes soins pour une nouvelle récidive. La douleur avait un triple siége : elle occupait les nerfs naso-lobaire, temporal et sus-orbitaire du côté droit, et l'œil correspondant était plus ou moins troublé dans ses fonctions selon l'acuité variable de la douleur elle-même ; il ne présentait, dailleurs, aucune altération appréciable.

En outre, *la peau de la région sourcilière est d'un rouge jaunâtre très-accentué*, avec exfoliation de l'épiderme, et sur toute son étendue, elle est le siége d'un prurit des plus incommodes.

Cette lésion de nutrition, appelée par les Américains *glossyskin*, est évidemment liée à l'état névralgique, ainsi qu'il résulte des recherches intéressantes du docteur H. Frémy. — Voy. *De la trophonévrose faciale*, in-8. 1873.

J'examinai la bouche de M... F..., ce que j'avais omis de faire la première fois, et, avant tout traitement, je lui conseillai de faire pratiquer l'extraction de la 2e molaire droite de la mâchoire supérieure dont la couronne était assez profondément cariée. Le malade se soumit aussitôt à ma prescription ; seulement, son dentiste cassa la dent et laissa l'une des racines dans son alvéole. Malgré cet incident, la douleur névralgique cessa aussitôt et ne reparut que 15 jours après.

Le 12 novembre M... F... vint me consulter de nouveau ; je l'adressai alors au docteur Bygrave qui, à l'aide d'une opération habilement pratiquée, put extraire la racine persistante que je considérais comme l'unique cause de la rechûte accusée par le malade.

J'ai revu M... F... le 21, la douleur avait disparu, et je traitai l'érythème du sourcil par des fomentations à l'huile phosphorée.

Ce fait me paraît décisif : si je m'en étais tenu à ma première opération, c'était un revers; avec la 2e, c'est un succès que nous avons eu à enregistrer ; or, n'est-il pas possible que l'on ait échoué dans un certain

nombre de cas par le fait d'extractions insuffisantes ou défectueuses ?

B. — *Iritis plastique chronique.* Le docteur A. Tripier a signalé dans son mémoire, le cas d'un de ses amis qui est sujet à des accès répétés d'iritis chronique, et dont plusieurs molaires du côté correspondant plus ou moins cariées sont probablement le point de départ. Ce n'est point là un fait isolé, et cette coïncidence est assurément plus fréquente qu'on le croit généralement, car depuis que mon attention a été appelée sur ce sujet, j'ai recueilli plusieurs observations analogues, dont la plus récente peut être résumée dans les termes suivants :

Observ. — Le 5 décembre 1874, le docteur Chebrou, de Niort, m'adressa M..., âgé de 56 ans, qui fut atteint, il y a quatre ans, d'une iritis plastique de l'*œil droit*, avec douleurs circumorbitaires, etc., alors qu'il existait une carie de l'une des dents molaires du maxillaire supérieur du même côté. Cette affection a duré six semaines ou deux mois et a été suivie d'une atrésie avec déformation de la pupille.

Depuis plus d'un mois, l'*œil gauche* est, à son tour, pris d'iritis moins aiguë que l'iritis droite, puisqu'il n'existe pas de douleur autour de l'orbite. Cependant très-rétrécie, présente très-exactement la forme d'un cœur de cartes à jouer, grâce aux adhérences qui soudent, pour ainsi dire, l'iris à la capsule antérieure du cristallin. La cornée est, en outre, le siége d'un petit dépôt plastique très-circonscrit et presque central. D'ailleurs, très-peu de photophobie. Or, de ce même côté existent, à la mâchoire supérieure, deux molaires cariées et non douloureuses.

J'ajoute que le malade, d'une constitution sèche et nerveuse, ne présente aucun état général permettant d'expliquer le développement de l'une ou de l'autre de ces inflammations de l'iris.

Dans l'espèce, j'ai prescrit, tout d'abord, l'extraction des dents cariées; et j'ai insisté auprès du docteur Chabrou sur l'importance que j'attache à cette prescription, sans toutefois me dissimuler que cette petite opération, utilisée si tardivement, ne pouvait avoir pour effet que d'enrayer le mal, tout en restant impuissante à guérir les désordres si sérieux dont les yeux sont le siége.

Certes, tous les cas d'iritis plastique chronique ne sont pas provoqués par l'action réflexe ayant pour point de départ la carie dentaire; un certain nombre d'entre elles paraissent se rattacher à un état général de l'organisme, — anémie, nervosisme, diathèse rhumatismale, — ayant pour effet de retentir, plus ou moins, sur la vitalité de l'iris de manière à constituer une sorte de trophonévrose qui est l'essence même de la maladie.

Qu'elle soit directe ou indirecte, l'action nerveuse reste donc identique à elle-même par rapport aux manifestations anatomo-pathologiques ; les indications thérapeutiques seules restent subordonnées à l'origine même de l'état morbide.

C.—*Irido-choroïdite aiguë.* Le fait suivant me paraît décisif. J'appelle par conséquent sur lui l'attention des praticiens, car il me paraît bien difficile de lui trouver une interprétation autre que celle que nous avons donnée.

Observ. — M. M... L..., 22 ans, 8, rue Taitbout, m'a été adressé, il y a trois ans, par le docteur Devillers pour une kératite plastique chronique de *l'œil gauche*, datant de deux à trois mois et liée à l'évolution de la dent de sagesse correspondante.

Le travail morbide, c'est-à-dire la lésion de nutrition due à l'action réflexe, céda très-vite au bi-sulfate de quinine, et, avec le temps et une médication appropriée, l'albugo consécutif a fini par disparaître d'une manière complète.

Dans ces conditions, l'*œil droit* fut pris tout à coup, le 22 septembre 1874, sans cause appréciable, et pendant une partie de chasse en Normandie. Je prescrivis par correspondance un traitement qui n'amena pas d'amélioration, ce qui décida le malade à revenir à Paris.

Le 30 septembre, je constate l'existence d'une irido-choroïdite congestive, avec cercle radié très-prononcé, quelques douleurs erratiques autour de l'orbite, avec

vision distincte à peu près nulle. Je revins au bi-sulfate de quinine, aux révulsifs, aux purgatifs, etc. sans obtenir le moindre succès. L'idée me vint, alors, d'insister sur l'extraction de plusieurs molaires cariées, tout à fait indolores, que je rencontrai au maxillaire supérieur du côté droit. Leur extraction fut pratiquée le 5 octobre et le 6 je revis M. M... L... avec le docteur Devillers : nous constatâmes, l'un et l'autre, la guérison ainsi obtenue, du jour au lendemain, par la simple extraction des dents cariées.

Je laissai, dès lors, notre malade retourner, quelques jours plus tard, achever sa saison de chasse aux environs de Mortain. Il est revenu à Paris le 16 décembre dernier : il n'y a pas eu de rechute et son état ne laisse rien à désirer.

On vient de le voir, l'irido-choroïdite existait depuis 15 jours et était restée rebelle au traitement mis en usage, lorsque l'avulsion dentaire a amené sa guérison instantanée. Ce fait est donc un argument sans réplique en faveur de la doctrine que nous venons de soutenir, touchant l'action réflexe considérée comme point de départ d'un certain nombre de maladies des yeux.

§ III.

On ne saurait, toutefois, se le dissimuler : la carie dentaire non douloureuse est un état morbide très-commun, tandis que les algies de la face sont relativement assez rares ; d'où je conclus, en bonne logique, que c'est moins la carie considérée d'une manière générale, que telle modification encore inconnue du follicule dentaire qui provoque l'action réflexe dont il est question.

Par cela même que le plus grand nombre des caries dentaires restent sans action réflexe sur les différentes branches du trijumeau, il importe d'user d'une certaine réserve dans l'interprétation des faits, et de ne pas oublier qu'il exite des *névralgies* directes de la 5e paire liées à une cause générale que révèle l'altération du sang et des névralgies indirectes, dont l'action réflexe a pour point de départ l'estomac ou l'utérus.

Cependant, il faut remarquer que l'action réflexe s'exerce toujours du même côté, et que les dents qui réagissent plus volontiers sur le globe oculaire sont les molaires de la mâchoire supérieure : leur action, d'ailleurs, à peu près nulle au début, ne s'accentue qu'à une période déjà assez avancée, et lorsque la couronne est en grande partie détruite par la carie.

Il y a plus : bien que la carie dentaire soit un état stable et permanent, il n'est pas rare de voir l'action réflexe s'exercer d'une manière périodique et donner naissance à des accès très-distincts et plus ou moins espacés... La prédisposition à ces accès une fois acquise, elle n'a guère de tendance à disparaître, et il suffit que la carie d'une dent ait retenti déjà sur un œil, pour que l'autre œil devienne plus apte à subir les mêmes effets sous l'influence d'une affection dentaire semblable à la première, et survenue du côté opposé.

On n'explique pas, on constate l'action réflexe : dans l'espèce, le centre de réflexion n'est autre, sans doute, que le ganglion de Gasser qui répercute par une autre branche nerveuse l'impression spéciale qu'il a reçue, sans que celle-ci arrive jusqu'au cerveau lui-même.

Entre l'action provoquée par *l'évolution dentaire* et l'action réflexe due à *la carie dentaire*, il y a des analogies réelles et des différences très-sensibles : Dans les deux cas, le follicule n'est le siége d'aucune douleur appréciable, tandis que les effets produits ont pour caractères communs des lésions de sensibilité et de nutricité associées ou isolées : voilà pour les analogies ; mais les différences n'en sont pas moins des plus tranchées.

Dans l'évolution dentaire, l'action réflexe se traduit à l'extérieur :

Par une photophobie plus ou moins accentuée, qui a sa raison d'être dans l'état névralgique des nerfs ciliaires.

Par des lésions de nutrition limitées à la partie antérieure de l'œil, et plus particulièrement à la cornée transparente.

Dans la carie dentaire, l'action réflexe s'exprime dans le plus grand nombre des cas :

Par une névralgie de telles ou telles

branches de la 5e paire se terminant dans les parties molles de la face dont la nutrition se trouve être, consécutivement, plus ou moins perturbée.

Par une perturbation fonctionnelle des nerfs ciliaires, caractérisée par des désordres nutritifs plus accentués encore que les désordres sensitifs ; on constate, alors, tous les symptômes de l'irido-choroïdite aiguë, ou ceux de l'iritis chronique avec exsudation plastique dans le champ pupillaire.

Le stimulus né de l'évolution dentaire, et le stimulus qui se dégage de la carie dentaire sont-ils de même nature, et la diversité de leurs effets s'explique-t-elle seulement par la différence de terrain organique sur lequel ils opèrent? Je me borne à poser cette question dans l'impossibilité où je suis de la résoudre.

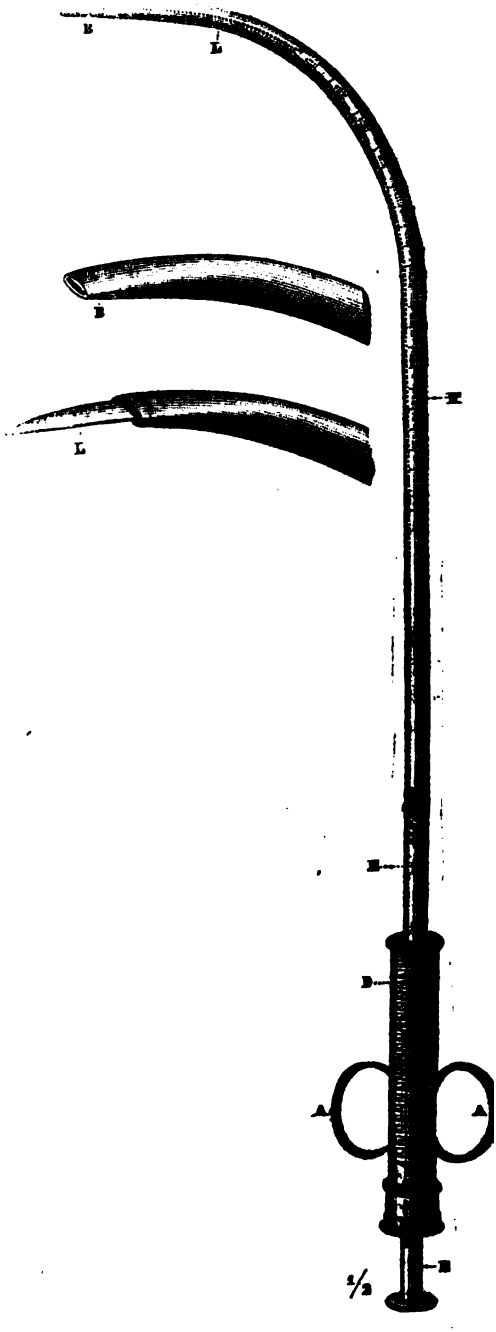
Dr Tavignot.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sonde à dard.

Les abcès de la prostate ont une marche variable ordinairement en rapport avec leur siége définitif, et si le chirurgien, n'intervient pas, ils finissent par s'ouvrir seuls dans l'urèthre, dans la vessie, dans le rectum, ou au périnée. Comme pour tous les abcès, il est préférable de donner issue de bonne heure à la suppuration, plutôt que d'attendre l'ouverture spontanée de la collection purulente, parce qu'en agissant ainsi, on arrête le plus ordinairement les accidents qui en sont la conséquence.

Quand l'abcès proémine du côté de l'urèthre ou de la vessie, il gêne toujours et arrête souvent la miction ; il est donc important de l'ouvrir le plus tôt possible. Ordinairement, il suffit d'introduire une sonde métallique ordinaire ou conique et d'en appuyer l'extrémité sur le point où la fluctuation est le plus manifeste, pour donner issue au pus. Mais, si la collection n'est pas très-saillante, ou la paroi de l'abcès trop résistante, l'instrument peut pencher d'une manière défectueuse, et ne pas atteindre ce but d'une façon précise, Pour remplir les intentions du chirurgien.



Amussat avait fait fabriquer en 1843, dans les ateliers de M. Charrière, une sonde à

dard dont il s'est servi dans un certain nombre de cas avec succès.

Cet instrument se compose d'une grande sonde courbe en acier, terminée par une extrémité aplatie, ayant une ouverture longitudinale B, par laquelle on peut faire saillir une lame pointue L. Cette lame est vissée à son autre extrémité sur une chaîne métallique occupant la courbure de la sonde et soudée à une tige E. En pressant sur le bouton, on fait saillir la lame, et en cessant cette pression elle rentre dans la canule par l'élasticité d'un ressort à boudin D., placé dans le petit cylindre qui termine la sonde.

Dr Amussat.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

De la compression ovarienne et épigastrique dans les crises d'hystérie. — M. Charcot admet que, dans la plupart des crises d'hystérie, il existe une *aura* ayant son point de départ dans l'un des ovaires, quelquefois dans les deux. Cela posé, il suffit, pour suspendre presque instantanément la crise, d'exercer une forte pression sur l'ovaire qui est le siége de l'*aura*. Dans la dernière conférence qu'il a faite à la Salpêtrière, le savant professeur a montré l'efficacité de ce moyen chez une malade atteinte d'hystéro-épilepsie. A plusieurs reprises, il a suspendu à volonté la crise, en exerçant une pression sur l'ovaire gauche. Dès qu'il cessait de comprimer l'ovaire, la crise reprenait. Pour exercer une pression suffisamment prolongée et faire ainsi avorter la crise, M. Charcot emploie à la Salpêtrière, une sorte de tourniquet. La pression au moyen des doigts se fait exactement comme celle qui a pour but de comprimer l'artère iliaque. Les doigts, en effet, sont enfoncés en arrière du pubis, et l'on sent battre l'artère sous eux.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

Ce fait nous en rappelle un autre, non moins intéressant, qui s'est passé dans notre pratique. Le moyen dont parle M. Charcot (moyen d'ailleurs trouvé par le malade lui-même, à une époque antérieure), a eu entre nos mains un excellent résultat. Voici, du reste, la sommaire relation du cas dont il s'agit.

M. X..., capitaine dans un régiment de ligne, a contracté il y a quelques années, en Afrique, une fièvre pernicieuse, qui a eu pour effet de déprimer profondément son organisme. Comme reliquat de cette affection paludéenne, cet officier est resté en proie à de véritables accès d'hystérie qui, d'ailleurs, s'éloignent de plus en plus, mais dont l'intensité est extrême.

C'est pour donner des soins à M. X..., que nous avons été appelé auprès de lui, il y a deux mois, sur les 7 heures du soir, dans une de ces crises. Nous l'avons trouvé dans les conditions suivantes :

Dyspnée extrême ; turgescence très-marquée des régions jugulaires; épigastre très-ballonné. Appréhension terrible de la mort par suffocation. Quelques moments de détente, suivis bientôt d'une nouvelle recrudescence des accidents.

M. X..., hors d'état de parler, s'empressa de nous prendre la main et de l'appliquer sur la région de l'estomac, nous faisant comprendre qu'il fallait appuyer *de toutes nos forces*. Nous nous empressâmes d'obtempérer à son désir, et nous pûmes constater bientôt, avec autant de surprise que de satisfaction, que le soulagement était d'autant plus marqué que le degré de compression était plus prononcé.

Mais une pression aussi énergique, même

à deux mains, ne saurait être soutenue bien longtemps. Nous dûmes bientôt céder la place à un aide. Aussitôt que la compression était suspendue, les phénomènes hystériques reprenaient avec la même intensité. Il nous fallut, en nous relevant tour à tour, insister environ pendant une heure et demie sur un tel mode

La crise se termina par une abondante émission d'urine limpide : le malade enfin, put se mettre au lit et il eut une très-bonne nuit. Le lendemain, il reprenait son service.

Ce fait, d'une attaque d'hystérie essentielle chez l'homme, est le seul qu'il nous ait été donné d'observer, dans une pratique de vingt-cinq années. Nous pensons qu'il sera accueilli avec intérêt, pour lui-même, et pour le mode thérapeutique, aussi simple qu'efficace, mis en œuvre avec un succès complet.

Communication sur un nouveau procédé de transfusion du sang, par le Dr Landenberger, de Stuttgart (*Wuerttemberg medicin. Corresp. Blatt*, 1874, n° 20). — Si cette opération, qui remonte jusqu'au temps des légendes (Médée.), n'a pas encore conquis la place qu'elle mérite d'occuper, cela tient à des causes variées, parmi lesquelles l'appareil opératoire, qu'elle requiert, réclame sa place. L'auteur ayant essayé, dans 3 cas, d'un procédé qui ne mérite pas ce reproche, veut attirer sur lui l'attention, bien qu'il n'ait pas encore de succès à enregistrer. Il consiste simplement à injecter du sang de veau, défibriné à sa sortie de l'artère, qu'on lui apportait encore chaud de la boucherie voisine, et qu'il injectait au moyen d'une canule ordinaire de Pravaz, par voie sous-cutanée, à la dose de 8 grammes. Sauf les cas où la circulation est presque supprimée, comme dans la période d'asphyxie du choléra, ce sang injecté disparaît bientôt des tissus sous-cutanés, et s'il contient quelques caillots, ceux-ci ne risquent pas d'être entraînés dans les canaux de la circulation. On trouvera sans doute insuffisante la quantité de sang introduite ainsi dans l'organisme; mais rien ne s'oppose à la répéter journellement, ou à multiplier le nombre des injections de 8 grammes sur divers points du corps.

Dans le cas dont l'auteur donne l'histoire avec quelques détails, et dans lequel il y avait imperméabilité des voies digestives (iléus ou affection analogue), une injection de 8 grammes ne fut suivie d'aucune réaction, la résorption eut lieu rapidement et complétement; à la visite du soir, les points par lesquels avaient été faites les injections ne se reconnaissaient plus qu'à la présence des piqûres, l'état général du malade était meilleur, la température s'était élevée de 1 degré, le pouls se sentait d'une manière très-distincte, l'estomac supporta de nouveau un peu de bouillon et du vin de Champagne : cette amélioration se soutint pendant 18 heures, puis le collapsus survint. En injectant du sang en plusieurs fois, on éviterait probablement la réaction effrayante qui suit si souvent les transfusions faites d'après les procédés par lesquels on introduit le sang en plus grande quantité et directement dans les veines. — Un second malade atteint de marasme, sur lequel l'auteur fit l'essai expérimental de quelques injections par son procédé, éprouva de grandes sugillations. — Enfin le 3e, parvenu au dernier degré de la phthisie pulmonaire, présenta aux points où les piqûres avaient eu lieu, une sensibilité à la pression qui se maintint pendant 24 heures, bien que la résorption du sang eût eu lieu; mais il est bon de noter qu'il présentait, quand on lui faisait des injections sous-cutanées de morphine, une vive réaction générale, du frisson, puis de la chaleur; au bout d'une heure une élévation de température de 1°,5 C., excitation qui durait jusqu'au lendemain.

Nouveau procédé autoplastique, par le Dr Rouge, de Lausanne. (*Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, 1874, n° 10.) — C'est dans la séance du 2 octobre 1874, que le chirurgien en chef de l'hôpital de Lausanne décrivit ce procédé, qu'il appliqua

avec succès sur un jeune homme de 18 ans, chez lequel, pendant le cours d'une fièvre typhoïde grave, s'étaient formés de larges décubitus à la région sacrée et sur le trochanter gauche. Ces plaies n'avaient aucune tendance à la cicatrisation, et résistaient depuis 6 mois à tous les traitements, greffe épidermique et greffe cutanée comprises. Rien ne réussissant, M. Rouge résolut de greffer des lambeaux pris sur le malade même et non entièrement détachés. Voici en quels termes le procès-verbal de la séance rend compte de ce procédé : « Le 31 mars un premier lambeau supérieur latéral droit, de douze centimètres sur sept environ, fut disséqué au-dessus de la plaie du sacrum, à la région lombaire ; ce lambeau pivotant sur son extrémité inférieure et externe vient s'appliquer tout saignant sur la granulation ; un second lambeau latéral gauche mobilisé par glissement vient se réunir au premier ; le décubitus était ainsi entièrement recouvert de peau saine nourrie par les téguments voisins. Le lendemain matin, le premier lambeau était greffé, il était adhérent partout; le second avait un peu glissé, chassé qu'il était par l'écoulement du pus sortant d'une fistule située aux confins de l'ulcère. Le 25 avril suivant, il s'agissait de traiter de la même manière la plaie trochantérienne dont l'étendue égalait celle d'une main d'enfant; deux grands lambeaux, longs de dix-huit centimètres et de suffisante largeur, furent disséqués des deux côtés de la lésion, ils sont ramenés sur la plaie et réunis l'un à l'autre : le lendemain ils étaient solides, il n'y avait plus de suppuration ; l'ulcère si tenace était cicatrisé. M. Rouge et les assistants ont été frappés de la rapidité avec laquelle ces lambeaux saignants fixés sur des surfaces granuleuses ont repris. Quant aux solutions de continuité résultant de la dissection des lambeaux, elles se comblèrent avec rapidité. »

Contribution au traitement de la blennorrhée des nouveau-nés, par les Drs Paulsen et Auerbach, d'Altona (*Klinische Monatsblaetter fuer Augenheilkunde*, XII, août-sept. 1874). — Le but de ces confrères est d'empêcher l'effet délétère qu'a souvent sur la cornée le nitrate d'argent, même lorsqu'on a la précaution de le neutraliser avec du sel de cuisine. Pour remplir cette indication, ils appliquent préalablement sur la cornée un petit morceau de papier de gomme ordinaire, auquel on donne, par l'extension avec le doigt, la forme approximative de la cornée. On le taille légèrement ovale, pour l'introduire facilement dans l'axe horizontal de la fente palpébrale, et on lui donne une taille suffisante pour qu'il recouvre complétement la cornée. Grâce à la courbure qu'on lui a donnée et à son élasticité, ce petit morceau de gomme s'adapte complétement et ne cause pas d'irritation notable. On l'enlève au bout de 1 à 2 heures, alors qu'il n'y a plus de suites fâcheuses à attendre de la cautérisation : si cela doit être fait par une autre personne, ces messieurs appliquent au morceau de papier de gomme, une soie fixée sur le côté. — Le professeur W. Zehender, qu'ils avaient engagé à faire des essais de ce moyen, a trouvé qu'il se déplace facilement et qu'il cause de l'irritation. A cela le Dr Paulsen répond, qu'eux aussi, ont eu des difficultés à l'employer, lorsque la conjonctive est excessivement gonflée, et dans de tels cas, ils se servent d'ivoire décalciné, ayant la taille et la courbure voulues. Ils en ont fait faire 6 numéros par un artiste-tourneur ; pour les rendre flexibles, il suffit de les plonger quelques minutes dans l'eau. Ils ont d'ailleurs employé ce mode de protection de la cornée dans bien d'autres cas, par exemple, quand une déchirure des paupières prive la cornée de sa protection. On pourrait les essayer dans des ulcères de cette membrane, des prolapsus de l'iris, des plaies artificielles, etc.

Tumeur fibreuse de la matrice, guérie par six injections parenchymateuses de teinture d'iode, par le Dr Antonio Vecelli, de Venise (*Giornale veneto di sienze med.*, mai et juin 1874). — Une fille âgée de 29 ans fut prise soudain, au mois d'août 1868, pendant la menstruation, de douleurs atro-

ces dans le bas-ventre et sentit immédiatement après dans l'hypogastre une tumeur de la taille d'une tête d'enfant, qui diminua peu à peu jusqu'à celle d'une orange, pour augmenter ensuite peu à peu, tout en continuant à causer les plus vives douleurs à la malade. Par l'examen local on sentait le museau de tanche normal, mais à travers la paroi antérieure du col utérin, on pouvait percevoir la tumeur utérine; la matrice était dans l'antéversion. Après avoir employé inutilement divers moyens, l'auteur pratiqua six injections de teinture d'iode pure, de 1 gramme chacune, dans la tumeur, en introduisant la canule dans la paroi antérieure du col, sous le repli péritonéal. Ces injections eurent lieu du 1er août 1873 au 21 septembre, et la dernière fut suivie d'une violente fièvre qui dura 48 heures et fut accompagnée de frissons. Les douleurs prirent le caractère de maux; une tumeur de la taille d'une orange se présenta par l'orifice utérin et fut extraite par l'auteur; elle était composée de tissu cellulaire et avait un dépôt calcaire à sa périphérie. Il devait donc être question d'une tumeur sous-muqueuse qui remplissait la cavité utérine. Tels sont les principaux traits de cette observation dont l'intérêt est troublé par le récit de deux sommeils magnétiques de cette malade.

Le chloroforme dans les accouchements naturels. — M. le professeur Pajot, discutant le travail de M. le docteur C.-J. Campbell (travail dont une analyse a été donnée par le *Bulletin de thérapeutique*, voir t. LXXXVI, p. 234), arrive à formuler les conclusions suivantes: 1° le chloroforme a sa place marquée à tout jamais en obstétrique. Aucun praticien n'hésitera à l'employer, *avec toutes les précautions qu'il impose*, dans les cas d'opérations douloureuses ou d'accouchements anormaux, quoique spontanés sauf contre-indication. 2° L'anesthésie *vraie*, appliquée aux accouchements naturels pendant les périodes de dilatation des orifices utérin et vulvaire, est un procédé scientifique et sérieux, que l'on peut discuter. Ses dangers et ses inconvénients nous paraissent dépasser de beaucoup ses avantages. L'opinion contraire a ses arguments et peut être défendue. 3° Quant à la prétendue *demi-anesthésie*, le chloroforme à la reine, c'est une pratique aussi inutile qu'inoffensive: elle n'a rien de sérieux ni de scientifique. Telle est l'opinion que défend énergiquement M. le professeur Pajot, qui attaque, en outre, un certain nombre de passages du mémoire de M. C.-J. Campbell. (*Annales de gynécologie*, 15 janvier 1875 et *Bulletin de thérapeutique*.)

De l'emploi de l'iodoforme dans le traitement des ulcères vénériens. — Le traitement des chancres par l'iodoforme n'est pas nouveau. Toutefois il est parfois utile de corroborer les succès obtenus et d'apporter de nouveaux faits à l'appui de médications qui pourraient tomber dans l'oubli. C'est ce qu'a voulu faire le professeur Joseph Profeta dans une intéressante lettre publiée par les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (T. V, p. 401).

Dans cette lettre, notre confrère déclare que l'iodoforme est le plus puissant topique contre les ulcérations vénériennes, et il apporte à l'appui, le détail de douze observations de chancres non infectants et guéris très-rapidement par l'iodoforme. La méthode qu'il suit est très-simple: deux fois par jour, lavage avec une solution d'iodoforme (2 à 3 grammes d'iodoforme pour 30 grammes de glycérine et 10 d'alcool), puis pansement avec de la poudre d'iodoforme versée abondamment sur la plaie.

Nous croyons à l'efficacité de ce traitement que, depuis longtemps, nous nous proposons d'employer dans des cas réellement rebelles; mais jusqu'à ce jour la cautérisation au nitrate d'argent et le pansement bi ou tri-quotidien du chancre à l'aide d'une pommade à base du même sel (15 grammes d'axonge et 60 à 100 centigrammes de nitrate), nous ont toujours suffi; ce n'est pas du reste une raison pour ne pas accueillir une arme nouvelle et efficace dans notre arsenal thérapeutique.

Du sulfure de carbone dans le traitement externe des ulcérations chroniques. — M. Evariste Michel, étant interne à Saint-Lazare, a eu fréquemment l'occasion de constater les heureux effets du sulfure de carbone, dans le traitement d'ulcérations des organes génitaux de la femme qui se montraient rebelles à toute autre médication. Il suffit, tous les jours, ou tous les deux ou trois jours, suivant les cas, de toucher la partie ulcérée avec un pinceau de charpie imprégné du liquide, pour observer une prompte modification de l'ulcération. La douleur causée par le sulfure de carbone est quelquefois vive, mais ne dure que quelques minutes et s'atténue de plus en plus au fur et à mesure qu'on fait de nouvelles applications de l'agent médicamenteux.

M. Evariste Michel n'a pas limité ces applications aux ulcérations des organes génitaux de la femme; il les a étendues aux ulcérations graves des amygdales, du pharynx, de la muqueuse buccale, et il en a obtenu d'excellents résultats. Les malades suivaient en même temps le traitement hydro-minéral de Cauterets, mais M. Michel n'hésite pas attribuer aux attouchements de sulfure de carbone, la plus grande part dans les succès qu'il a observés. (*Journal de thérapeutique*, n° 2.)

Crayons d'iodoforme.—Le docteur A. Leblond recommande vivement, dans les *Annales de gynécologie* (1874, juillet). l'emploi des crayons d'iodoforme introduits dans la thérapeuthique par le docteur Gallard. Ces crayons, dont le docteur Gallard se sert avantageusement contre les *ulcérations superficielles du col* ayant envahi la cavité utérine, sont introduits dans cette cavité et laissés à demeure, en les maintenant à l'aide d'un tampon d'ouate porté au contact du col utérin. Leur composition la meilleure est la suivante, due au pharmacien Godin:

Pr. Iodoforme très-finement pulvérisé. 10 gramm.
Gomme arabique pulvérisée . . . 50 centigr.
Mucilage Q. S. pour consistance pilulaire.

Divisez en dix cylindres égaux de quatre centimètres de longueur ; faites sécher à l'air 24 heures.

Ces crayons sont durs, résistants et peuvent se diviser facilement en morceaux de longueur quelconque ; ils doivent être conservés à l'abri de la lumière.

Du tannin dans le coryza des adultes et des enfants. — Le tannin, en resserrant la muqueuse des fosses nasales, a pour effet, suivant l'auteur, d'atténuer fortement, sinon de faire entièrement disparaître les symptômes habituels du coryza: céphalalgie, larmoiement, sécheresse de la bouche, etc., résultant du gonflement de cette muqueuse. Il conseille, pour l'adulte, la formule suivante :

Tannin	0,05
Poudre d'iris.	1 gramme.
— de guimauve.	1 —
Teinture de vanille.	4 gouttes.

A prendre par petites prises, trois ou quatre fois par jour, et plus souvent, si c'est nécessaire.

Pour les enfants, l'auteur prescrit la pommade suivante, qu'on introduit dans les fosses nasales, au moyen d'un simple cylindre de papier :

Tannin.	0,05
Axonge.	5 grammes.
Teinture de vanille.	5 gouttes.

(*Tribune médicale*, n° 335.)

Kyste de l'ovaire chez une nouveau-née. — M. le Dr Ch. Cullingwarth, chirurgien à l'hôpital Sainte-Marie, à Manchester, a rencontré dans sa pratique une enfant nouveau-née qui portait un kyste de l'ovaire. La pièce anatomique a été examinée par le Dr Dreschfeld qui a constaté le fait. La mère de cette enfant était accusée d'infanticide. Le rapport médico-légal l'a fait mettre en liberté.

Cas d'empoisonnement par la strychnine, traité avec succès par l'atropine, par M. Samuel Buckley, de Manchester (*Edimburgh medical Journal*, septembre 1873.) — Une

personne mélancolique s'étant empoisonnée avec une prise du destructeur infaillible de la vermine et des insectes de Hunter, composé de strychnine, de malt, de sucre et d'amyline, les crampes tétaniques furent combattues au moyen d'inhalations de chloroforme et d'injections sous-cutanées d'atropine, dont on employa 1. 1/6 grain (7 centigr.) dans l'espace de 4 heures environ ; ces injections parurent adoucir notablement les crampes tétaniques, et la malade guérit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 février 1875. —

Présidence de M. Gosselin.

Vaccine humaine. — M. Hervieux demande à l'Académie la permission d'aborder un point dont l'importance n'échappera à personne, celui qui se rapporte à la durée de la préservation vaccinale obtenue par la vaccine humaine.

Voici les conclusions de M. Hervieux :

1° La préservation vaccinale, non-seulement n'a qu'une durée temporaire, mais les limites de cette durée ne saurait être fixées d'une manière absolue.

2° Elle est subordonnée à des éventualités dépendant de la réceptivité du sujet pour la vaccine et la variole, de l'épidémicité et de la spontanéité variolique, du degré d'intensité de l'épidémie, etc.

3° S'il est indifférent d'attendre jusqu'à dix ou quinze ans pour revacciner lors qu'il n'existe aucune épidémie, la prudence exige qu'on revaccine, même les sujets au-dessous de cinq ans, dès l'instant qu'une épidémie de variole se déclare.

Séance du 16 février 1875.

Présidence de M. Gosselin.

M. le secrétaire perpétuel annonce que la nomination de M. Dureau de la Malle comme bibliothécaire adjoint de l'Académie vient d'être approuvée par M. le Ministre de l'instruction publique.

M. Broca dépose sur le bureau une série d'ouvrages de M. Dureau de la Malle.

M. Larrey présente de la part : 1° de M. Périer, une brochure intitulée: *De l'influence des milieux sur la constitution des races humaines et particulièrement sur les mœurs ;* 2° de la part de M. Berenger-Féraud, deux brochures intitulées, l'une : *Étude sur les Peuls de la Sénégambie* ; l'autre : *De l'innocuité des ponctions du foie avec le trocart aspirateur.*

M. Le Roy de Méricourt offre en hommage un volume de M. Fonssagrives (de Montpellier), intitulé : *Principes de thérapeutique générale.*

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre correspondant national.

La commission présente,

En première ligne, M. Simonin (de Nancy).

En deuxième, M. Bourgeois (d'Étampes).

En troisième, M. Bourguet (d'Aix).

En quatrième, *ex æquo*, M. Courty (de Montpellier), Duboué (de Pau), et Hergott (de Nancy).

Le nombre étant de 72, majorité 37.

M. Simonin	obtient	58	voix.
M. Hergott	—	8	—
M. Courty	—	3	—
M. Bourguet	—	2	—
M. Duboué	—	1	—

En conséquence, M. Simonin ayant la majorité des suffrages est proclamé membre correspondant.

M. Pasteur. Hier M. Gosselin a présenté à l'Académie des sciences, au nom de

M. A. Bergeron, un travail sur lequel je désire faire quelques observations.

L'auteur a ouvert sur différentes personnes et dans diverses régions 18 abcès chauds ou froids; bien que ces abcès n'aient eu aucun contact avec l'air extérieur, il a trouvé dans le pus des uns des organismes microscopiques, et rien de semblable dans d'autres. L'auteur a encore remarqué que le pus où on ne trouvait pas de ferments provenait d'abcès ouverts sur des enfants ou des adultes âgés de moins de 22 ans, et que le pus où on trouvait des ferments provenait d'abcès ouverts sur des grandes personnes âgées de 22 à 70 ans.

M. Pasteur demande qu'une commission soit nommée pour examiner le fait rapporté; s'il est exact, voilà le problème de la génération spontanée résolu. A ce propos, l'orateur trouve qu'on accepte beaucoup trop facilement, en France, et sans les contrôler, toutes les expériences. Ainsi MM. Legros et Onimus ont affirmé qu'en dépouillant un œuf de sa première enveloppe et en le plongeant dans de l'eau contenant de la levûre de bière, on retrouverait bientôt dans l'œuf de la levûre qui s'y serait formée spontanément. M. Pasteur nie le fait; on ne trouve pas toujours de la levûre de bière dans l'œuf, et si on y en trouve, c'est qu'elle y a pénétré par une solution de continuité de la seconde membrane.

M. le président. L'Académie ne peut nommer une commission pour examiner un travail qui ne lui a pas été présenté.

M. Bouillaud se réserve de faire dans la prochaine séance quelques observations sur les faits infirmés par M. Pasteur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 février 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Trachéotomie. — M. Périer lit l'observation suivante : Trachéotomie pratiquée deux fois sur le même enfant à un mois d'intervalle ; guérison.

Le 11 novembre 1873, M. Périer fut appelé près d'un enfant atteint du croup : fausses membranes dans la gorge, stupeur, menace d'asphyxie, sifflement laryngo-trachéal ; insensibilité. La trachéotomie fut pratiquée. L'amélioration fut rapide, la respiration devint bientôt normale.

Mais le 16 décembre le cornage avait reparu ; peu à peu l'état s'était aggravé; asphyxie lente et progressive, tirage très-prononcé ; souffle rude au niveau de la cicatrice. Tout indiquait un obstacle mécanique situé au niveau de la cicatrice. Après la première opération, la canule n'avait séjourné que cinq jours dans la trachée; probablement les bourgeons charnus s'étaient développés sur la cicatrice, du côté de la trachée. Une seconde trachéotomie fut jugée nécessaire. L'incision porta sur la cicatrice ; M. Périer ne trouva rien d'anormal dans la trachée, et il plaça la canule. L'indocilité de l'enfant ne permit pas l'examen laryngoscopique.

La nuit qui suivit l'opération fut bonne; après plusieurs essais de canule à soupape, on put enlever toute canule. M. Périer faisait tous les jours une cautérisation profonde de la plaie avec une solution de nitrate d'argent.

A la fin de mai 1874, le rétablissement était complet. La canule était restée quarante-sept jours en place. M. Périer n'a pas vu l'obstacle, mais cet obstacle était manifeste par ses effets, et son siége était démontré par un bruit de souffle. Un polype n'eût pu passer inaperçu ; on ne peut admettre qu'un bourgonnement sessile.

M. Périer pose quelques conclusions. Après la trachéotomie, ne pas laisser la plaie se cicatriser sans cautériser profondément. S'il y a menace d'asphyxie après la cicatrisation, ne pas hésiter à faire une seconde opération; et surtout ne pas compter sur l'expulsion spontanée de l'obstacle, qui se produit quelquefois.

Société de médecine légale de France.

Dans la séance du 8 février 1875, M. J. Jeannel a donné lecture d'un mémoire sous

le titre suivant : *Étude sur une formule de contre-poison officinal multiple.* En voici les conclusions :

1° Je propose, comme contre-poison officinal multiple, la formule ci-après :

Solution de sulfate ferrique D. 1,45 . . .	100
Eau commune.	800
Magnésie calcinée	80
Charbon animal lavé	40

Conservez séparément, d'une part, la solution de sulfate ferrique, d'autre part, la magnésie et le charbon animal dans un flacon avec l'eau. Au moment du besoin, versez dans ce flacon la solution ferrique; agitez fortement.

Ce mélange devra être administré coup sur coup, par doses de 50 à 100 grammes.

2° Mes expériences chimiques démontrent que ce contre-poison, employé en proportions convenables, rend complétement insolubles les préparations d'arsenic et de zinc, et la digitaline;

Qu'il n'insolubilise pas complétement l'oxyde de cuivre;

Qu'il laisse en dissolution des quantités notables d'oxyde de mercure, et des quantités appréciables de morphine et de strychnine;

Qu'il ne décompose et ne précipite ni le cyanure de mercure, ni l'émétique;

Qu'il sature entièrement l'iode libre;

Qu'il n'agit que partiellement sur les solutions d'hypochlorites alcalins;

3° Mes expériences sur les animaux vivants me paraissent justifier les conclusions suivantes :

L'éventration suivie de la piqûre de l'intestin grêle et de l'injection d'une substance non vénéneuse, puis de la suture de l'intestin et de celle des parois abdominales, est une opération relativement peu grave pour les chiens, et qui par elle-même ne trouble pas bien sensiblement les résultats des expériences toxicologiques tentées sur ces animaux;

La formule de contre-poison que je propose est d'une efficacité parfaite contre les prépations arsenicales, dans la proportion de 120 grammes de contre-poison pour 5 décigrammes d'arsénite de soude;

Elle retarde les effets toxiques du sulfate de strychnine, et donnerait peut-être le temps d'administrer des évacuants salutaires;

Elle s'est montrée efficace contre la digitaline injectée dans l'intestin à la dose de 1 décigramme.

4° Cette formule est certainement préférable au peroxyde de fer hydraté officinal puisque celui-ci subit, comme chacun sait, par l'action du temps à une température supérieure à + 15° C., une modification moléculaire qui le rend infidèle contre les préparations arsenicales.

Cette formule comportant, avec le peroxyde de fer extemporanément préparé, l'hydrate de magnésie et le charbon animal, satisfait comme contre-poison à un grand nombre d'indications.

Cependant, elle est inefficace contre les alcalis minéraux, le phosphore, les hypochlorites, les cyanures et l'émétique.

5° Le proto-sulfure de fer, préparé extemporanément et associé à la magnésie et au sulfate de soude, est d'une efficacité chimique absolue, quant aux sels de cuivre, quant au bichlorure et au cyanure de mercure, et paraît préférable à l'hydrate de peroxyde de fer extemporané en présence de ces agents toxiques; mais il est inefficace contre les préparations arsenicales, l'émétique, le sulfate de strychnine, et probablement les autres sels alcaloïdiques.

(*Union médicale.*)

MÉLANGES ET FAITS DIVERS.

École du Val-de-Grâce. — Par décision en date du 1er décembre 1874, sont nommés à l'emploi d'élève du service de santé militaire, les élèves de 3e année dont les noms suivent :

MM. Lecomte, Dumas, Mazand, Moinel, Arnold, Sourris, Mons, Mackiewicz, Février et Hornus.

Faculté de médecine de Mont-

pellier. — M. Jaumes, agrégé, a été nommé professeur de médecine légale, en remplacement de M. Estor, appelé à d'autres fonctions.

École de médecine de Marseille. — Par arrêté en date du 5 décembre 1874, un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira au siége de cette école, le 31 mai 1875.

Par arrêté du 5 décembre 1874, un concours pour un emploi de suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements s'ouvrira au siége de cette école, le 21 juin 1875.

— La Société de médecine légale de France *reconnue comme établissement d'utilité publique*, tiendra dorénavant ses séances au Palais de Justice, dans le local de la cinquième chambre du tribunal civil.

Prix Montyon, médecine et chirurgie, arts insalubres. — L'Académie des sciences décernera un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à l'art de guérir, et à ceux qui auront trouvé les moyens de rendre salubre un art ou un métier insalubre.

Les pièces admises au concours, n'auront droit au prix qu'autant quelles contiendront une découverte parfaitement déterminée.

Les sommes qui seront mises à la disposition des auteurs des découvertes ou des ouvrages couronnés ne peuvent être indiquées d'avance avec précision, parce que le nombre des prix n'est pas déterminé.

Les ouvrages ou mémoires présentés au concours doivent être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le premier juin de chaque année.

Prix Serres. — L'Académie décernera pour la première fois un prix de la valeur de 7,500 francs dans sa séance publique de l'année 1875, au meilleur ouvrage qu'elle aura reçu sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

Les Mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1875.

Prix Godard. — L'Académie annonce que ce prix sera décerné, chaque année, dans sa séance publique, au travail qui remplira les conditions prescrites par le testateur, c'est-à-dire au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito *urinaires*.

Nécrologie. — M. le docteur Humbert, médecin inspecteur des eaux d'Evran. Des deux fils de ce médecin recommandable, enlevé avant l'âge, l'un est un peintre célèbre; l'autre, prosecteur de la Faculté de Médecine de Paris, est un de nos jeunes confrères les plus distingués, et mérite dans ce cruel événement, toute notre sympathie.

M. le docteur Coulomb, auteur de plusieurs mémoires estimés, est mort subitement à Asnières.

M. Valérian, interne de deuxième année, mort à la suite d'une variole contractée dans son service.

Bulletin des décès dans la ville de Paris. *Du 5 au 12 février*, on a constaté 964 décès, savoir : variole, 2 décès ; rougeole, 11 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 19 ; érysipèle, 6 ; bronchite aiguë, 63 ; pneumonie, 86 ; dysentérie, 1 ; diarrhée cholériforme des enfants, 6 ; choléra infantile, 0 ; choléra nostras, 0 ; angine couenneuse, 16 ; croup, 21 ; affections puerpérales, 2 ; affections aiguës, 250 ; affections chroniques, 434 (dont 167 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 25 ; causes accidentelles, 21.

Du 12 au 19 février, 1,003 décès ainsi répartis : variole, 4 ; rougeole, 2 ; scarlatine, 3 ; fièvre typhoïde, 14 ; érysipèle, 6 ; bronchite aiguë, 43 ; pneumonie, 113 ; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 0 ; choléra infantile, 0 ; choléra nostras, 0 ; angine couenneuse, 7 ; croup, 19 ; affections puerpérales, 5 ; affections aiguës, 267 ; affections chroniques, 466 (dont 168 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 40 ; causes accidentelles, 14.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

—

Bureau du **Journal des connaissances médico-chirurgicales.** Rue de Grenelle-Saint-Germain, 39.

La collection complète des volumes seuls depuis 1813 jusqu'à janvier 1875, Prix : 400 fr.
Chaque volume séparé, 12 fr.

Atlas complet sur l'origine des nerfs et les vaisseaux et nerfs du cou et de la tête, par Arnold. 18 pl., et texte. 6 fr. 50

Atlas complet sur les ligaments et les articulations, par Arnold 14 pl., texte et couverture. 4 fr. 50

Atlas complet sur la génération et l'embryologie, par Wagner. 13 pl., avec texte et couverture. 5 fr. »»

Atlas complet sur les opérations qui se pratiquent sur les organes génito-urinaires, par le Dr Phillips. 24 pl., avec texte et couverture. 8 fr. »»

Opérations qui se pratiquent sur les yeux, par le Dr Desmarres. 13 pl., avec texte et couverture. 5 fr. »»

—

G. Masson, libraire de l'Académie de médecine. Place de l'École-de-Médecine, 17.

Traité des maladies de la peau, comprenant les exanthèmes aigus, par M. Hébra, professeur à la Faculté de Vienne, traduit par le docteur Doyon. Tome II, fascicule 2, 5 fr.

Des congestions actives et de la contraction autonome des vaisseaux, par le docteur Onimus. In-8°, 1 fr.

—

Adrien Delahaye, éditeur.

Étude sur la dermatite exfoliatrice généralysée, par le Dr E. Pécheron. In-8°, avec 2 pl. de tracés de température, 2 fr. 50.

Le typhus du paquebot-poste *Gironde* et le service sanitaire de Pauleac, note lue à l'Académie de médecine, par le Dr Jaccoud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, etc. In-8°, 1 fr. 50

Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière, par le professeur Charcot, recueillies et publiées par le Dr Bourneville. 2e série, 3e fascicule, in-8°, avec 30 figures dans le texte et 2 pl. coloriées (amyotrophies), 4 fr.

Traitement physiologique des maladies consomptives et héréditaires, par le Dr Tamin-Despallès. 1 vol. in-8°, 5e édition, 3 fr.

Considérations nouvelles sur le traitement de la phthisie pulmonaire et sa curabilité, par le Dr Louis Bouyer. in-8°, 2 fr.

Clinique médicale, par le Dr Noël Gueneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu. etc. Tome 2e, prix de l'ouvrage complet, 12 fr.

Notes d'un journaliste, sur la médecine et la chirurgie contemporaines, par le Dr B. J. Lapeyrère. 1re série : nos chirurgiens : MM. Péan : Gastrotomie généralisée. — Ollier (de Lyon) : Résections sous-périostées. — A. Guérin : Pansement ouaté, communauté de circulation. — Aussaut : Galvano-caustique thermique. — Dolbeau : lithotritie périnéale. — Jules Guérin : Méthode sous-cutanée. — Maisonneuve : Cathétérisme sur conducteur, cautérisation en flèches, compression élastique appliquée à la réduction des hernies. — Chassaignac : Écrasement linéaire et drainage chirurgical : — G. Dieulafoy : Méthode aspiratrice, — avec analyses sommaires des travaux accessoires, index bibliographiques, notices bibliographiques, et 40 figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 fr. port en sus pour les départements et pour l'étranger.

Des vomissements de sang supplémentaires des règles et pathogénie des hémorrhagies supplémentaires du flux menstruel en général, par le Dr G Lorey. In-8°, 2 fr.

Leçons clinique sur l'électrothérapie par le professeur Russel Reynolds, membre du Collége royal des médecins de Londres, professeur de pathologie interne (etc), In-8°, 1 fr. 50.

Le rédacteur en chef-gérant,
HAMON DE FRESNAY.

N° 6. — 15 MARS 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

CHRONIQUE

Les médecins des chemins de fer et les médecins des sociétés de secours mutuels. — Suppression de la patente des médecins. — Nouveau mode de payement des honoraires du médecin.

Nous entendons bien souvent, dit M. de Ranse, dans le numéro du 6 février de la *Gazette médicale de Paris*, les médecins se plaindre de la rémunération souvent dérisoire qui leur est offerte par les administrations, les grandes compagnies, les sociétés de secours mutuels qui réclament leurs soins. Les médecins Belges, ajoute-t-il, s'efforçent, en ce moment, de réagir contre ce regrettable abus; ils ont adressé une pétition au ministre des travaux publics, pour demander une réorganisation du service de société dans les chemins de fer de l'Etat. D'un autre côté, l'association des médecins des charbonnages du centre a déclaré que si leur demande n'était pas prise en considération, le traitement des ouvriers rentrerait dans le droit commun, jusqu'à solution du conflit. Un honorable confrère, le docteur Gravez, a déjà donné sa démission.

Tout irait à merveille si l'entente du corps médical était parfaite; mais hélas! est-il possible d'y compter, quand on songe à toutes les exigences matérielles de l'existence? *Malesuada fames*... La voix du besoin est souvent la plus impérieuse. Or, il est à craindre que le mobile le plus puissant, celui de la *nécessité*, continue à l'emporter, chez nous, sur toutes les autres considérations. C'est en vain que le *Scapel* offre à la fédération médicale de mettre au ban de la corporation les médecins qui auraient le triste courage d'accepter les fonctions résignées par leurs confrères. L'exemple de l'honorable docteur Gravez, nous le craignons, trouvera peu d'imitateurs.

Ce ne sont pas, d'ailleurs, les médecins des chemins de fer qui sont les plus lésés dans leurs intérêts matériels. Nous en avons assez longtemps exercé les fonctions pour être dûment renseigné sur une telle position, fort enviable selon nous, malgré la modestie relative des honoraires qui y sont attribués. Cette position, on le sait, confère aux médecins des compagnies le droit de parcours gratuit sur tout le réseau. Ce n'est pas tout; leur famille jouit du privilége des prix les plus réduits. Il faut en convenir, ces avantages sont tels, que bon nombre de praticiens se chargeraient volontiers d'une telle mission, dût-elle être remplie sans autre prérogative que cette rémunération en nature.

Bien différente est la position des médecins des sociétés de secours mutuels.

Nous pouvons aussi en parler sciemment, et nous écrier à notre tour : *quæquæ miserrima vidi...* Telle est la véritable lèpre qui dévore le corps médical. Aujourd'hui, elle tend à envahir tous les départements. Si nous n'y mettons ordre, la noble profession médicale ne tardera pas à devenir la moins lucrative entre toutes les carrières libérales. Donc, nous le répétons, *cavete, consules.*

*
* *

Les sociétés de secours mutuels, aujourd'hui, s'écartent de plus en plus de leur but. Destinées à venir en aide aux corporations ouvrières, elles envahissent déjà le commerce et la petite bourgeoisie. Autrefois, dans les campagnes les journaliers, les petits cultivateurs seuls en faisaient partie. Depuis quelque temps, les gros fermiers, les propriétaires se sont décidés à s'y faire admettre à leur tour.

Les conséquences de cet état de choses sont désastreuses, au point de vue de nos intérêts matériels. Que nous donnions des soins gratuits à quiconque est hors d'état de les rémunérer, nous ne faisons que notre devoir, et ce devoir nous l'accomplissons avec bonheur. Mais est-il juste que la gratuité de la médecine s'étende aussi à des familles, plus à l'aise même que le malheureux praticien qui leur prodigue, *labore improbo,* tous les secours de son art? Or, à ce point de vue, il nous a été donné de voir des choses inqualifiables. Des chefs d'atelier, des commerçants aisés ne rougissent pas de se faire soigner, eux et toute leur famille, en attribuant au médecin de leur société la somme dérisoire de *cinq francs* par an! Les visites de nuit, la chirurgie, font partie de ce beau programme, dont sont exceptés les seuls accouchements.

Un honorable confrère des environs nous parlait, il y a quelques jours, d'une offre de cette espèce qui venait de lui être faite. Un président de société lui proposait une somme de trois francs par visite, pour un parcours de 3 kilomètres. Pour le même prix, le medécin devait être tenu à venir au besoin la nuit. Il devait également pratiquer, sans rétribution supplémentaire, les opérations et les accouchements! Cet estimable confrère a rejeté bien loin cette humiliante proposition; mais il est fort à craindre que le besoin contraigne un autre confrère à l'accepter.

De telles sociétés fonctionnent en plein cœur de Paris. Ces jours derniers on nous donnait les détails les plus précis sur l'une d'elles, composée d'un très-grand nombre de familles. Huit medécins seulement sont membres titulaires; mais les auxiliaires ne font pas défaut. Les premiers seuls sont rémunérés à raison (*pudet dicere!*) à raison de cinquante centimes la visite! Voilons-nous la face.

Le mal est grand; il s'accroîtra encore, car la graine est semée; elle germera et portera ses fruits. Il n'y aurait qu'un moyen de la couper à sa racine. Il suffirait de nous entendre. Sans suivre un exemple parti de trop bas, pour être par nous imité, puis qu'il faut parler net, sans nous mettre *en grève,* nous pourrions du moins, adopter les usages de tant de corporations, qui savent si noblement faire respecter leurs statuts et leurs tarifs. Avec un peu d'entente, il ne serait pas difficile, pour ce qui a trait notamment aux sociétés de secours mutuels, de sauvegarder et notre dignité professionnelle, et nos intérêts matériels. Mais avant tout, *il faut vivre!* En conséquence, jusqu'à quel point nous est-il permis de compter sur cette entente confraternelle? *That is the question.*

*
* *

Décidément, la Belgique est une terre d'initiative et de progrès. C'est de ce côté encore que nous vient aujourd'hui, non pas la lumière, mais un bon exemple que, sans doute, selon la coutume, nous ne nous hâterons pas d'imiter.

M. Vleminckx, dit l'*Art médical,* de Bruxelles, membre de la chambre des représentants, avait déjà demandé que les

médecins fussent degrévés de la patente, au même titre que les avocats, exerçant comme eux une profession libérale. M. Vleminckx demandait, subsidiairement, qu'au cas ou les médecins continueraient à être soumis à cet impôt, les avocats y fussent également astreints.

M. le ministre de l'intérieur, qui avait promis d'examiner la proposition de notre honorable confrère, vient, assurent les journaux, de rédiger un projet de loi portant la suppression de la patente des médecins.

Bien qu'il ne s'agisse que d'un projet de loi, bien que les intérêts du corps médical Français ne soient pas directement mis en cause, nous ne pouvons que nous applaudir de l'initiative prise par nos confrères de la Belgique. Nos voisins ont grand souci de leur dignité professionnelle, et l'on compend que, dans l'espèce, c'est de la sauve-garde de cette dignité dont nous devons surtout nous préoccuper. Il règne entre eux une entente, une solidarité qui, par malheur, sont loin de se faire remarquer chez nous à un égal degré. Espérons qu'un tel exemple sera suivi et que, nous aussi, nous finirons par comprendre la vérité de cette maxime : *l'union fait la force.*

Notre malheur; en France; c'est de marcher isolés. Nous ne pouvons arriver à nous entendre. Est-il donc étonnant que nos intérêts soient toujours en souffrance. Il ne dépendrait que de nous cependant de dominer la situation. Il sufirait de nous inculquer cet esprit de corps, qui fait la force de tant de corporations, sur les quelles nous n'aurions qu'à prendre modèle. Entre toutes les professions libérales, la médecine est la plus utile à l'humanité. Chacun en est plus ou moins tributaire. Il ne dépendrait donc que de ceux qui exercent la belle mission de soulager et de guérir, de se bien pénétrer de la prépondérance du rôle qu'ils sont destinés à remplir dans la société. Du jour où ce sentiment de dignité professionnelle se réveillera en nous, nous tiendrons à honneur, et encore une fois, cela ne dépend que de nous, de ne nous point laisser assimiler, devant le fisc, au rang des plus chétifs industriels. Amen !

*
* *

On ne lira pas sans intérêt ce nouvel exemple de la rémunération des services médicaux à la yankee. Nous empruntons à l'*Union médicale du Canada* un trait non sans précédents, dans le fortuné pays où continue de fleurir la loi barbare de lynch.

Mme Pickles a toujours attribué la mort de son mari, survenue il y a un an environ, à la faute du médecin qui l'a soigné, le docteur J-H. Pitman. Dernièrement, elle fit venir le docteur, sous prétexte de lui payer ses honoraires. La dame, le faisant asseoir, lui dit d'écrire son reçu. Le docteur répondit qu'il désirait d'abord recevoir l'argent, et qu'il donnerait ensuite ce reçu. Une contestation s'éleva, et la veuve appela ses deux fils à l'aide. Ceux-ci, se montrant à une fenêtre donnant sur l'appartement, tirèrent deux coups de fusil sur le docteur, mais sans l'atteindre. M. Pitman s'élança hors de la maison; mais, comme il traversait la cour, une troisième détonation retentit, et la charge d'un fusil vint se loger dans sa joue gauche. Il n'en mourra pas, mais il se peut qu'il ait un œil perdu. Les deux jeunes gens, Charles et Julien Pickles, ont été arrêtés et écroués en attendant de passer en jugement.

Dr F. Ranlon.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

HOPITAL TEMPORAIRE.

Service de M. le Dr Terrier.

1° Anesthésie. — Plaies. — Amputations. — Résections.

a. Anesthésie —*Chloroforme.— Précautions indispensables.* — Ce chirurgien fait administrer le chloroforme à l'aide d'une compresse pliée en plusieurs doubles et sur laquelle il verse qeulques grammes de liquide. Cette manière de faire, qui est

plus simple, a le grand avantage de laisser à nu une partie du visage qu'il est facile d'observer. — Le pouls et la région diaphragmatique sont surveillés par deux aides pendant toute la durée de l'opération. — De plus M. Terrier ne commence jamais l'anesthésie sans avoir auprès du malade et sous la main tous les objets indispensables pour parer aux accidents qui peuvent survenir (pince à anneaux pour attirer rapidement la langue au dehors, bouchon pour maintenir les mâchoires écartées, boîte à trachéotomie et surtout un *appareil à induction* qu'il fait fonctionner lui-même avant de commencer à opérer). Cette dernière précaution est trop souvent négligée dans les autres services des hôpitaux de Paris pour que nous ne croyions pas pouvoir nous dispenser d'attirer l'attention sur elle d'une façon toute spéciale.

b. Plaies d'amputation. — *Réunion par première intention.* — M. Terrier n'est pas l'adversaire des tentatives de réunion immédiate après certaines amputations. Voici quelles sont les principales conditions dans lesquelles il se place : opérer au lit du malade, ce qui évite les secousses et ébranlements et permet d'obtenir immédiatement une immobilité absolue ; formation de lambeaux longs qui se juxtaposent sans aucun tiraillement ; conservation d'une grande quantité de peau ; ablation à l'aide de ciseaux des tissus aponévrotiques et des fragments de tendons qui auraient plus tard à tendance s'exfolier ; couper les ligatures au ras du nœud : arrêt complet de l'hémorrhagie ; lavage de la plaie avec de l'eau très-fortement alcoolisée ; se servir pour essuyer les surfaces de charpie imbibée d'alcool ou d'éponges neuves ; sutures métalliques ; compression des parties molles profondes ; repos complet. Comme traitement général, tisane vineuse, vin de Bagnols, alimentation ; prescriptions amères ; surveiller l'état du tube digestif.

L'hôpital temporaire me semble du reste se trouver dans des conditions hygiéniques suffisamment bonnes pour qu'il soit possible de tenter, avec quelques chances de succès, ce mode de pansement par réunion immédiate qui, si on a le bonheur de réussir, évite au malade les accidents les plus sérieux. Ce service de chirurgie en effet est relativement assez petit (45 lits) et composé de plusieurs chambres dont quelques-unes sont séparées par des paliers : les fenêtres sont larges, les lits sont très-espacés et l'air circule tout à l'entour.

Dans les cas où les hémorrhagies sont à craindre, ce chirurgien emploie volontiers le pansement de M. Bourgade consistant à recouvrir la surface cruentée de charpie imprégnée d'une solution de perchlorure de fer et à l'appliquer aussi bien sur les vaisseaux et les muscles que sur la section des os.

c. Gangrène partielle du pied gauche. — Désarticulation tibio-tarsienne. — *Large lambeau plantaire interne.* — Anesthésie, Application de la bande d'Esmarch. — Il suffit pour pratiquer cette désarticulation d'un couteau de moyenne dimension à lame étroite, d'une largeur égale dans toute sa hauteur et avec talon. C'est ce couteau qui devrait bien remplacer du reste dans nos boîtes à amputation tous les autres modèles et particulièrement les couteaux à lame pyramidale et à base plus large que le reste de leur étendue ; il est bien mieux en main, possède la force et la légèreté, et par suite de la présence d'un *talon* il ne risque pas de blesser les doigts de l'opérateur. La méthode employée par M. Terrier est celle du *large lambeau plantaire interne* rappelant un peu le tracé de l'incision plantaire de Malgaigne pour la sous-astragalienne. Il commence en dehors à deux travers de doigt au-dessous de la malléole externe, et divisant les tissus de la face dorsale arrive à peu près au niveau du tubercule du scaphoïde ; là il dirige le couteau dans les profondeurs de la région plantaire et presque transversalement, puis parvenu à l'union du 1/3 externe avec les 2/3 internes de cette face, il change de direction et sectionnant toute la plante du pied d'avant en arrière, il revient rejoindre son point de départ sous la malléole externe. Le lambeau interne est immédiatement disséqué avant de procéder à l'ouverture tibio-tarsienne.

Cette dissection d'avance nous semble un temps indispensable de cette opération, car si on l'effectue seulement après avoir désarticulé, on risque d'éprouver les plus grandes difficultés quand arrive la séparation des parties molles, de mâcher le lambeau et d'y produire presque inévitablement une ou plusieurs boutonnières.

Dans le cours de cette dissection on doit raser le calcanéum d'aussi près possible, de façon à enlever le périoste et à bien comprendre dans le lambeau restant les vaisseaux et nerfs sans les intéresser pour éviter la gangrène consécutive de ce lambeau. L'ouverture de l'article tibio-tarsien est alors chose facile, rapidement exécutée et une fois qu'elle est achevée le pied se détache de lui-même. Nous pouvons donc affirmer, avec bien des chirurgiens qui suivent maintenant cette conduite, dans cette opération, presque tout consiste dans cette séparation des parties molles des faces correspondantes du calcanéum. — Excision des tendons qui pendent dans la plaie; section des malléoles; ligature des vaisseaux; place laissée transversalement au fond de la plaie; cinq points de section réunissant les lèvres de la solution de continuité; compression exercée sur la partie moyenne du lambeau, de façon à chercher d'abord la réunion profonde sur le squelette sous-jacent. Comme pansement, charpie sèche, compresses longuettes, etc., puis pansement alcoolisé ou phéniqué.

d. Amputation du médius — *Pansement ouaté.* — Ce chirurgien applique soit le procédé ovalaire, soit plutôt la méthode à deux lambeaux : pansement ouaté. Il ne croit pas comme l'inventeur de cet excellent mode de pansement, qu'il doive ses précieux avantages à la filtration de l'air et à ce qu'il empêche les germes extérieurs de venir contaminer la plaie. Evidemment l'élévation et surtout l'uniformité de la température environnant la solution de continuité, entrent en ligne de compte dans les bons effets que présente ce moyen de traitement. L'immobilisation complète qu'il détermine et la rareté du pansement jouent aussi un rôle avantageux. Il l'applique surtout pour les amputations et les plaies de la main et du pied; mais quand il s'agit du tronc, de la mamelle, il ne croit pas à l'efficacité de son emploi, par suite de la gêne qu'il apporte aux mouvements respiratoires et par la chaleur insupportable qu'il développe chez le malade.

e. Scapulalgie. — *Résection de la tête humérale* (incision verticale antérieure). M. Terrier préfère avoir recours, pour cette résection, afin d'éviter les trop grands délabrements et dans le but de sectionner le deltoïde parallèlement à ses fibres, à l'incision rectiligne et verticale antérieure d'une longueur de 10 à 11 centim. Plus on rapproche cette incision unique du côté interne et plus on a de facilité pour désarticuler : aussi à l'exemple de Robert et de Malgane, commence-t-il à inciser près du sommet du triangle coraco-claviculaire. Rugination de la cavité glénoïde si elle est malade; pansement à l'alcool.

f. Amputation de la jambe. — *Au lieu d'élection. — Méthode à lambeau.* — Ce chirurgien se montre peu partisan de l'amputation sus-malléolaire : les malades, opérés par ce procédé, voient la plupart du temps l'extrémité de leur moignon s'ulcérer; les appareils prothétiques sont très-mal supportés par eux et ils finissent soit par marcher le genou appuyé sur un pilon avec toute la jambe pendante en arrière comme un manche à balai, soit par réclamer une nouvelle amputation : aussi chez les malades qui ne sont pas passibles d'une ablation partielle du pied, il préfère l'amputation de la jambe au lieu d'élection.

Qu'il me permette de ne pas être entièrement de son avis, car l'amputation sus-malléolaire, qu'elle donne lieu ou non ultérieurement à une locomotion facile, n'en est pas moins une opération infiniment moins grave que l'amputation au niveau du 1/3 supérieur : c'était là du moins l'avis de notre maître Michon ; or il y a toujours intérêt à sauver la vie d'un malade, même en lui laissant un membre qui sera pour lui l'objet de soucis incessants. De plus, les ulcérations rebelles qui sont, en effet souvent, le résultat de la sus-malléolaire, tiennent beau-

coup plus au mode opératoire employé qu'à l'amputation elle-même. Elles surviennent bien plus à la suite des amputations circulaires qu'après l'amputation à petits lambeaux (grand lambeau postérieur épais, lambeau antérieur) qui donnent non pas une cicatrice *en surface*, mais une cicatrice *d'affrontement* oblique ou transversale et très-solide. Enfin la nature de l'appareil prothétique mis en usage entre aussi en ligne de compte pour la production de ces ulcérations consécutives.

2° Affections du nez, des oreilles, de la langue.

a. Polypes muqueux des fosses nasales. — *Polypotome de Wilde.* — *Cautérisation.* — Voir le polype et en pratiquer l'excision avec une anse métallique, tels sont les deux principes qui guident M. Terrier dans la thérapeutique chirurgicale des polypes muqueux ou myxomes des fosses nasales : par ce procédé, l'opérateur n'agit pas à tâtons comme pour la méthode de l'arrachement et de la torsion, et il se trouve dans les conditions nécessaires à l'extirpation complète du pédicule, ce qui n'est pas la règle dans le dernier procédé que nous venons citer et dans lequel, saisissant le polype au hasard, on renouvelle l'exploration jusqu'à ce que la cavité nasale correspondante ait recouvré sa liberté d'expiration ; de plus, la douleur est moins grande, l'hémorrhagie nulle et les chances de repullulation bien diminuées.

Voir. le polype. — Il emploie à cet effet le petit *speculum* imaginé par M. Duplay (Voir fig. I.). Cet instrument, en bec de

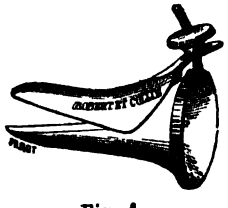


Fig. 1.

canne, a une valve inférieure complétement fixe et l'autre supérieure très-mobile et légèrement coudée. Il permet aux rayons lumineux d'entrer en grande quantité dans la cavité nasale et aux divers instruments de manœuvrer presque à ciel ouvert et avec beaucoup de précision : un *miroir réflecteur* que M. Duplay a fait monter sur une paire de lunettes et qui correspond au front du chirurgien concentre ces rayons au fond du spéculum. Le même miroir est du reste employé par M. Duplay pour l'exploration des profondeurs de l'oreille.

Pratiquer l'excision.—La tête du malade étant fortement fléchie en arrière et l'orifice nasal étant dilaté et éclairée par les deux moyens précédents, on commence par explorer la cavité et par se rendre compte du volume, du nombre et du point d'implantation du polype, en engageant le patient à faire du côté atteint des expirations brusques par lesquelles ce myxome se déplace et apparaît avec tous ses caractères : le chirurgien introduit alors dans le spéculum et jusqu'au polype l'extrémité ou anse du *polypotome de Wilde* (voir fig. 2), qui n'est autre chose qu'un petit serre-nœud de M. Maisonneuve, seulement coudé et muni de trois anneaux, un terminal (pouce) et deux latéraux (index, médius) qui permettent de le manœuvrer aisément avec une seule main. Une poulie de renvoi que M. Duplay a fait ajouter à cet instrument facilite le glissement du fil de fer dont la grosseur est variable. L'anse du fil a été préalablement inclinée selon le degré d'inclinaison du polype, ce dernier s'y engage, grâce à l'expiration brusque que l'on fait effectuer au malade, et il se trouve sectionné au niveau de son pédicule par le rapprochement des trois doigts passés dans les anneaux. L'introduction du polypotome est répétée autant de fois qu'il y a de myxome. Cautérisation avec le chlorure de zinc liquide.

Cette opération est délicate et certainement fort ingénieuse, mais elle a, selon nous, l'inconvénient d'être plus compliquée et de nécessiter l'emploi d'instruments spéciaux qu'il est parfois difficile de se procurer ; aussi je crois que dans bien des cas, il est plus simple et tout aussi efficace d'avoir recours à la méthode classique et

peut-être *routinière* (décrite dans notre Répertoire du 1er mars 1874), que nous voyons sans cesse appliquer dans les hôpitaux, que nous avons appliquée nous-même bon nombre de fois et qui consiste à *saisir, tordre et arracher* le polype avec une pince à anneaux à mors plats. Quoi qu'on en dise, cette méthode est peu douloureuse, ne donne pas lieu, en général, à un écoulement de sang très-considérable et l'hémorrhagie du reste s'arrête facilement : elle n'est jamais suivie d'inflammation bien marquée et le mouvement de torsion imprimé aux pinces (petites et légèrement coudées de M. Duplay) suffit à enlever le pédicule dans toute sa longueur. Mais, me dira-t-on, vous vous exposez à saisir soit la muqueuse, soit un cornet. En suivant la manœuvre qu'indique M. Tillaux il est impossible que cet accident arrive : on introduit les pinces fermées, dont on ouvre les mors au milieu de la cavité nasale, on prie le malade de faire une expiration brusque et le polype s'étant engagé de lui-même entre les mors de l'instrument, il ne reste plus qu'à le tordre, mais sans avoir aucune chance de léser ni la muqueuse, ni l'un des cornets. Je le répète, c'est là une méthode excellente et qu'on emploiera encore longtemps, car

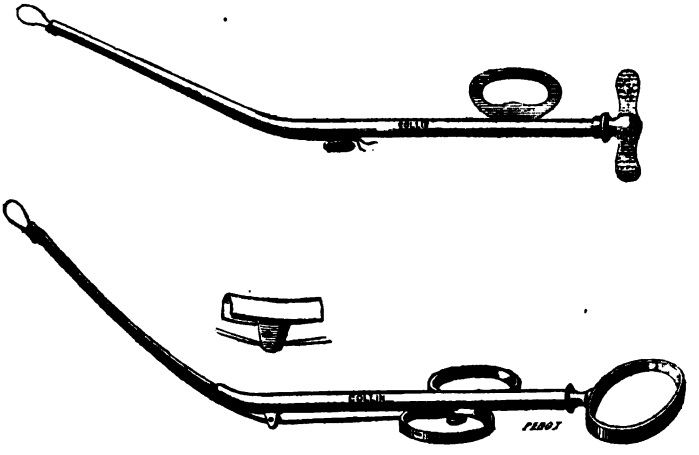


Fig. 2.

bien des praticiens seraient fort embarrassés si on les obligeait à enlever un myxome avec le polypotome de Wilde.

b. Tumeur et fistule lacrymales. — *Méthode de Bowman. — Cautérisation.* —Tumeurs et fistules lacrymales sont traitées de la même manière par M. Terrier. Il commence par débrider le point lacrymal inférieur avec le petit couteau de Graëf et introduit le stylet cannelé de Bowman : si aucune amélioration ne se produit, section du canal lacrymo-nasal avec le couteau de Weber, puis cathétérisme ou bien emploi du lacrymotome caché de M. Giraud-Teulon, suivi de cautérisation avec le nitrate d'argent coulé dans la cannelure de la sonde de Bowman ou avec la sonde rougie au feu pour modifier l'intérieur du sac ; on reprend ensuite le cathétérisme avec les sondes de Bowman. M. Terrier emploie également les injections aluminées. Ce chirurgien croit que la perméabilité du canal lacrymal peut parfaitement se rétablir et que l'obstruction permanente n'est pas toujours le résultat de cette affection, comme le pensent certains autres chirurgiens.

c. Polype de l'oreille. — *Polypotome de Wilde.* — Même temps que pour les myxomes des fosses nasales. Emploi du spéculum de Toynbue et du miroir monté sur les branches d'une paire de lunettes. Emploi du petit serre-nœud dit polypotome de Wilde dont l'anse métallique est incli-

née suivant la disposition, le volume et la profondeur du polype.

d. Otite. — *Incision sur l'apophyse mastoïde.* — Dans l'otite suppurée qui s'accompagne brusquement de douleurs très-vives dans l'oreille et la tête, et de gonflement du côté de l'apophyse mastoïde avec fièvre et surdité ne laissant aucun doute sur la propagation aux cellules mastoïdiennes, il fait (quand bien même il n'y a pas d'apparence de suppuration extérieure) une incision de 5 à 6 centimètres, selon le conseil de Wilde, sur l'apophyse mastoïde : cette incision intéresse tous les tissus jusqu'au périoste, mais sans dénuder le squelette de la région. En même temps il pratique dans l'oreille, dont la suppuration a détruit la membrane du tympan, des injections d'alun et fait des cautérisations iodées. A la suite de ce débridement qu'il a pratiqué sur un malade de l'Hôtel-Dieu, les phénomènes inflammatoires et douloureux qui avaient résisté aux antiphlogistiques répétés, et aux narcotiques, il y eut un amendement et le malade put recouvrer même un certain degré d'audition.

e. Cancer de la langue. — *Ecraseur linéaire.* — Il fait usage suivant la nature, l'étendue et les limites du néoplasme soit de l'écraseur linéaire, soit du bistouri, soit du galvano-cautère. Il a pratiqué dans le cas de cancer inopérable la ligature de la linguale dite atrophiante; mais il n'a vu survenir ultérieurement aucune modification heureuse du côté de la masse morbide. Dans une ligature de ce genre qu'il vient de pratiquer, il a fait remarquer à quelle profondeur considérable (6 cent) il a fallu pénétrer pour trouver le vaisseau : ce n'est pas dans le triangle formé par les deux ventres du digastrique et le nerf grand hypoglose qu'il va lier l'artère, mais bien en dehors, au moment où elle s'engage sous le muscle hyoglose. Un phénomène physiologique intéressant qui eut lieu dans ce cas fut l'anémie extrêmement prononcée qui se manifesta dans le côté de la langue correspondant à la ligature. Cette opération, en pareille circonstance, n'est donc guère indiquée que dans le cas d'hémorrhagie répétée.

3° Ulcères.

a. Ulcères variqueux. — *Pansement à l'alcool.* — *Elévation du membre.* — *Repos.* — *Compression ouatée.* — Ce chirurgien attache une grande importance au repos le plus absolu et à l'élévation du membre placé dans le *hamac* dont se sert M. Cusco et que nous avons décrit dans notre revue du 15 avril 1874. Le système des nœuds coulants qui correspondent aux cordons fixés aux 4 angles du hamac permet d'élever ou d'abaisser le membre à volonté et de lui donner l'inclinaison désirable. A cette suspension il joint un pansement modificateur : il emploie souvent la charpie trempée dans l'alcool presque pur. Enfin il fait également usage pour les ulcères variqueux de la compression ouatée.

b. Ulcères atoniques. — *Emplâtre de Vigo.* — Dans les ulcères de cette nature dont les bords sont durs et épais, et pour les engorgements scrofuleux et syphilitiques, M. Terrier fait usage de l'emplâtre de Vigo qu'il regarde plutôt comme un modificateur excitant que comme un résolutif d'une activité bien grande. Il l'emploie en cuirasse que l'on forme par des bandelettes superposées et imbriquées comme le diachylon. Il prescrit aux sujets scrofuleux la *bière* dont l'administration lui a paru être mieux supportée, dans certains cas, que les autres boissons alcooliques.

4° Affections des organes génitaux. — Abdomen.

a. Hydrocèle. *Cautérisation au nitrate d'argent.* — M. Terrier emploie souvent, mais non pas comme méthode exclusive, dans le traitement de l'hydrocèle simple de la tunique vaginale et dans celui des kystes de l'épididyme, la cautérisation de l'intérieur de la poche avec le nitrate d'argent, c'est-à-dire le procédé Defer, de Metz, que nous avons décrit dans notre dernier Répertoire; il l'a pratiquée déjà

bon nombre de fois et il n'a jamais vu survenir d'accident et en particulier la suppuration. Il croit que cette méthode, bien simple dans son exécution, est au moins aussi efficace que l'injection de teinture d'iode, la guérison est seulement un peu plus longue à s'effectuer.

b. PHLEGMON DE LA FOSSE ILIAQUE. — *Ouverture près du ligament de Fallope.* — Antiphlogistiques dans la première semaine et cataplasmes au bout de 10 à 12 jours; rechercher la fluctuation avec soin : s'il y a un œdème bien accentué, il croit qu'il ne faut plus attendre trop longtemps avant d'ouvrir le foyer. Il n'emploie pas l'aspirateur. Incision couche par couche avec le bistouri, comme si l'on voulait trouver l'artère iliaque externe : drainage et lavage anti-putride (iode, alcool), etc., surtout il s'y a de grands de collements reconstituants.

c. EXSTROPHIE DE LA VESSIE. — *Autoplastie par lambeau préputial et abdominal.* — Chez un malade de son service âgé d'une vingtaine d'années, atteint d'exstrophie vésicale avec épispadias de la verge et chez lequel la saillie muqueuse est assez prononcée, M. Terrier se propose d'appliquer l'autoplastie faite par M. Le Fort pour un cas semblable chez un enfant de 15 ans et que nous avons décrit dans notre Répertoire du 1er juillet 1874. Ce procédé est l'analogue de celui que Nélaton a imaginé pour l'épispadias simple, avec cette différence qu'au lieu du lambeau en voûte scrotal, on en sculpte un aux dépens du prépuce qui est pendant au-dessous de la verge. Nous nous souvenons d'avoir vu A. Richard opérer une exstrophie de vessie par le lambeau abdominal rabattu sur la gouttière du pénis et fixé de chaque côté : au bout de quelques jours le malade était mort. Dans un autre exemple d'épispadias complet avec *infundibulum* très-prononcé qui vient d'être opéré dans un des hôpitaux de Paris par la méthode de Nélaton, les deux lambeaux scrotal et abdominal se sont complétement mortifiés.

Je ne sais pas si dans ces cas d'exstrophie on ne devrait pas plutôt (sans se préoccuper de la saillie vésicale) chercher à remédier seulement à la conformation du pénis de façon à permettre la copulation qui est complétement impossible chez ces malheureux.

Dr GILLETTE.

OBSTÉTRIQUE.

Sur les principaux agents de dilatation de l'orifice cervical de l'utérus.

Il est hors de doute que, de tout temps, la dilatation artificielle, plus ou moins méthodique, de l'orifice cervical de l'utérus, a été mise en usage, soit pour accélérer la marche du travail, soit, en dehors de toute condition de perméabilité du méat utérin, pour pénétrer au sein de l'organe, en vue d'effectuer l'accouchement forcé.

Jusque dans ces derniers temps, cette dernière pratique, éminemment dangereuse, eu égard au mode de faire mis en usage, n'était guère utilisée que dans les cas réputés désespérés. Il faut arriver à une époque toute contemporaine pour voir cette même pratique, parvenue à un haut degré de perfection, et l'on peut dire d'innocuité, par suite des progrès de l'art, se généraliser, et fournir les résultats les plus féconds dans ses applications à la pathologie de la grossesse à proprement parler.

Je me propose, dans le présent travail, de passer en revue les divers modes de dilatation cervicale conseillés jusqu'à ce jour. Le but que je me propose, en abordant ce sujet, c'est de m'efforcer de vulgariser une méthode trop peu utilisée, bien que constituant une des plus précieuses conquêtes de l'obstétrique contemporaine.

§ 1. *Dilatation digitale.* — La dilatation digitale est décrite, telle qu'elle se pratique encore de nos jours, dans le *Traité de médecine* de Celse, livre septième, chapitre XXIX. Ce chapitre est intitulé : *Manière de tirer le fœtus mort du ventre*

de la mère. Le but de cette opération ainsi précisé, voyons de quelle façon, dans les temps primitifs, il était d'usage de la mettre à exécution. « Le chirurgien, dit l'Hippocrate Latin, doit introduire d'abord dans la matrice le doigt index, qu'il a trempé auparavant dans de l'huile; il faut l'y laisser jusqu'à ce que l'orifice s'ouvre de nouveau; y introduire ensuite un autre doigt, et saisissant le moment favorable, insinuer les autres, jusqu'à ce que toute la main soit entrée. »

Ainsi donc, du temps de Celse, l'accouchement forcé était effectué selon un mode identique à celui que l'on mettait encore en usage il y a quelques années.

La première application de cette pratique à la pathologie de la grossesse, à proprement parler, serait due, au dire d'Astruc (1), à Louise Bourgeois, sage-femme de Marie de Médicis, femme de Henri IV.

Cette matrone, ayant vu mourir plusieurs femmes de qualité, notamment la duchesse de Montbazon, par suite de métrorrhagie liée à la présentation du placenta, eut l'idée d'opérer l'accouchement artificiel. Ce fut sur la femme d'un conseiller de la cour du parlement, laquelle était grosse de six mois, que cette pratique fut, pour la première fois, mise en œuvre avec bonheur pour la mère.

Louise Bourgeois opérait à la manière de Celse. On trouve dans Astruc (2) une très-bonne description du manuel opératoire, et des conseils si judicieux, que ce chapitre ne serait pas déplacé dans nos auteurs les plus modernes.

Cependant les dangers bien connus de la dilatation digitale, dangers d'autant plus grands que l'utérus est parvenu à un terme plus éloigné de la déhiscence, ne pourraient en faire qu'une pratique exceptionnelle. Ce n'est que dans ces derniers temps, et par une heureuse application des produits de l'industrie moderne, que l'art des accouchements s'est enrichi de divers agents propres à effectuer, sans aucun danger pour la mère, cette dilatation digitale, que les doigts ne pouvaient obtenir sans périls. C'est grâce à la sûreté d'action, jointe à l'innocuité de ces mêmes agents, que ce mode de faire a pu être enfin érigé en méthode, et que cette méthode, en raison de ses bienfaits, a fini par trouver un accueil favorable chez tous les accoucheurs désireux de bien faire.

Pour opérer sûrement et sans violence la dilatation de l'orifice cervical, d'assez nombreux agents sont à la disposition de l'accoucheur. Par leur emploi combiné, on peut agir efficacement sur le col, alors même que l'on n'y remarque aucune tendance à la dilatation.

Leur action, d'autre part, n'a pour limites qu'un état de perméabilité suffisante pour le passage de la main ou des instruments obstétricaux.

Je vais passer en revue ces divers agents, en commençant par ceux qui s'appliquent dans les cas où l'orifice cervical est le moins perméable.

§ 2. *Laminaria digitata.* — Cette substance, très-cellulaire, augmente de six ou sept fois son volume sous l'influence de l'humidité. C'est le docteur Sloan qui, le premier, en 1862, a eu l'idée de tirer parti de ce précieux agent de dilatation. Il présente divers avantages qui, dans les cas qui nous occupent, doivent faire préférer son emploi à celui de l'éponge préparée. Sa ridigité lui permet, sous un plus petit volume, de pénétrer aisément dans un étroit orifice. Doué d'une grande flexibilité, il n'est pas susceptible de se réduire, ainsi que les tentes d'éponge. Il peut servir un grand nombre de fois, à la condition d'être lavé, après avoir été utilisé, avec une solution de permanganate de potasse. Quand on le retire du col, il n'a pas cette odeur infecte, qui est le propre de l'éponge.

La laminaria s'emploie de la façon suivante :

Lorsque l'orifice cervical est accessible, il vaut mieux faire usage du spéculum. L'agent dilatateur, muni du fil destiné à en faciliter le retrait ultérieur, est introduit, bien graissé, au sein de la cavité cervicale, dont il doit quelque peu dé-

(1) *L'Art d'accoucher réduit à ses principes*, 1656 (§ *Histoire sommaire de l'art d'accoucher*).
(2) *Loco citato*, p. 223.

passer l'orifice supérieur. Pour le maintenir en place, il est bon de poser un tampon avant de retirer le spéculum.

Lorsque le col est trop difficilement accessible, on est obligé de se borner à conduire le corps dilatant le long de l'index et du médius gauches, utilisés comme conducteurs.

§ 3. *Eponge préparée.* — C'est en 1820 que ce mode de dilatation a été mis pour la première fois en usage par Brunninghausen.

L'éponge préparée, affectant forcément un volume un peu supérieur à celui de la laminaria, comporte un degré de dilatation plus prononcé du cervix. Lorsque cet agent de dilatation fait défaut, on peut le préparer soi-même en quelques heures. A cet effet, on imbibe un fragment d'éponge fine dans une solution gommeuse saturée. On serre fortement cette substance avec quelques tours de ficelle, et l'on fait sécher soit au feu, soit auprès du feu. Pour en faire usage, on prépare des tentes, de longueur et d'épaisseur voulues, que l'on introduit dans la cavité cervicale soit avec une longue pince, soit avec un mandrin constitué, au besoin, par un simple fil de fer suffisamment rigide.

Que l'on fasse usage de laminaria ou d'éponge, il convient de retirer ces corps dilatants aussitôt qu'ils ont acquis leur *summum* de dilatation, et de les remplacer, autant de fois qu'il est nécessaire, par des tentes plus volumineuses.

Comme il est aisé de le comprendre, les vertus dilatatrices de ces substances sont assez restreintes. On ne peut pas, non plus, les utiliser lorsque l'orifice cervical n'affecte pas une épaisseur suffisante pour les maintenir en place. En pareil cas, ils doivent céder le pas à des agents d'un autre ordre. Je veux parler des ampoules dilatatrices. Il en est un grand nombre, que je vais successivement passer en revue.

§ 4. *Dilatateur de Mattei.* — Dans son *Essai sur l'accouchement physiologique* (1855), Mattei décrit et figure (p. 326) un petit dilatateur constitué par une vessie de mouton, fixée sur le bec d'une sonde pourvue d'un robinet. Cet accoucheur introduit, par delà le col, l'ampoule qu'il gonfle avec de l'eau tiède, en vue de produire une poche des eaux artificielle.

J'ai longtemps employé moi-même avec succès un dilatateur encore plus simple, préparé au moyen de la première vessie, fixée au bout d'une sonde flexible en caoutchouc vulcanisé. Ces instruments donnent lieu, il est vrai, aux meilleurs résultats, mais ils ont un inconvénient. On n'a pas toujours sous la main une vessie convenable, et retenant bien le liquide de l'injection. Il y a lieu de préparer extemporanément ce petit appareil toutes les fois que l'on veut l'utiliser, ou modifier la capacité de l'ampoule dilatatrice. On ne saurait donc le considérer que comme un expédient, ou un instrument de nécessité. Heureusement, pour le progrès de l'art, l'industrie est venue en aide aux accoucheurs, auxquels elle a fourni le caoutchouc vulcanisé, qui a été par eux utilisé pour la confection de nombreux dilatateurs, dont il me reste à parler.

§ 5. *Dilatateur de Keller.* — Dès 1851, le caoutchouc fut utilisé par Braun, mais sous forme de dilatateur vaginal. Il a donné à son instrument le nom de Colpeurynter (dilatateur du vagin). Le pessaire à air de Gariel n'en est que la copie. La rigidité des parois de cet instrument en rend dangereuse la compression, soutenue pendant un certain temps (1). Selon Barnes, sur quatorze femmes traitées par cette méthode pour provoquer le travail, six enfants ont succombé.

Ce ne fut qu'en 1859 que la vessie de caoutchouc fut introduite dans la cavité utérine, à la manière de Mattei, pour accélérer le travail, par Keller et Graham Weir.

§ 6. 1er *Dilatateur de Barnes.* — Cet accoucheur ayant pris connaissance d'un

(1) Il faut de trois à sept jours pour établir le travail à l'aide de cette méthode. (Barnes *Opérations obstétricales*, p. 352.

article de Murray (1859), relatif à l'heureux emploi d'une vessie en caoutchouc appliquée entre la paroi utérine et la surface interne du placenta, et gonflée d'eau au moyen d'une seringue, fit aussitôt construire son premier dilatateur élastique. Cet agent était constitué par un sac pourvu d'un tube métallique, servant à son introduction au sein de l'utérus, et à son injection. Cet appareil, fut bientôt copié par Tarnier et divers autres accoucheurs, qui adoptèrent cette forme alors que le praticien Anglais l'avait déjà abandonnée pour celle qu'il lui a préférée depuis, et dont j'aurai bientôt à parler.

§ 7. *Dilatateur de Tarnier.* — Cet instrument se compose d'un long tube de caoutchouc muni d'un robinet, et terminé par une mince ampoule susceptible de dilatation. Cette ampoule, à sa partie supérieure et externe, est pourvue d'un petit godet, destiné à fournir un point d'appui au mandrin conducteur.

Cet instrument est très-utile et très-facile à mettre en œuvre. Mais il a un double inconvénient : il est fort cher (il coûte une quinzaine de francs). L'ampoule de caoutchouc est fort mince, et il est très-aisé de la faire éclater. Pour cette dernière raison, un tel instrument n'est pas pratique, en province surtout, où l'on n'est à même ni de le faire réparer, ni de le remplacer à un moment donné.

Dr Hamon.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Note sur l'Amygdalotomie.

M. Aubry, frabricant d'instruments de chirurgie, 6, boulevard St-Michel, vient de présenter à l'Académie un nouvel amygdalotome. Cet instrument présente un avantage marqué sur ses aînés. Dans ceux-ci, la lame est entraînée parallèlement à la fenêtre, et perpendiculairement au manche. L'amygdalotome de M. Aubry est à lame brisée. Par suite de cette disposition nouvelle, la section se fait obliquement, et l'instrument (qu'on nous passe cette comparaison) coupe en biseau, à l'instar du couperet de la guillotine. Il se manœuvre d'une seule main, et l'opération se fait sans nul effort, sans nulle secousse, avec la plus grande facilité.

L'instrument de M. Aubry a inspiré au Dr Verrier (*Gazette obstétricale*) un excellent article, auquel nous emprunterons quelques idées. Nous y ajouterons quelques considérations pratiques, qui sont le fruit de notre expérience personnelle.

On considère trop, aujourd'hui, l'ablation des amygdales comme une opération indifférente. Certains praticiens se décident à opérer l'enlèvement des tonsilles avec la même facilité que d'autres pratiquent une saignée. C'est à tort, et pour deux raisons : la première, c'est que la nature souvent se suffit à elle-même; la seconde, c'est que l'amygdalotomie est loin d'être toujours une opération sans gravité.

Vidal de Cassis faillit perdre, par suite d'hémorrhagie, un malade par lui opéré. Un habile praticien de notre connaissance a été moins heureux : son sujet a succombé à la suite de ce redoutable accident, sur lequel il deviendrait superflu d'insister.

Il est un point, du reste, sur lequel nous devons attirer l'attention, car cette notion et importante à connaître. Elle tend, en effet, à rendre l'opération moins dangereuse.

On s'efforce, d'ordinaire, d'enlever les plus grandes proportions possibles des amygdales hypertrophiées. C'est à tort. Il suffit, le plus ordinairement, d'enlever les parties superficielles. Le travail de la cicatrisation, la modalité nouvelle imprimée à l'organe ont pour effet presque certain d'en réduire le volume, et de mettre fin à tous les accidents.

Voici, entre autres, un fait qui vient certifier la justesse de cette remarque.

Une vieille demoiselle était affectée d'accidents dyspnéiques, qui, presque toutes les nuits, la réveillaient en sursaut. Elle sentait très-bien que ces accidents avaient pour point de départ l'arrière-gorge. Nous examinâmes cette région, et nous

constatâmes une hypertrophie considérable de l'amygdale gauche, qui se perdait jusqu'au-delà du voile du palais. L'opération était rendue assez difficile, en raison du peu de proéminence de cet organe, dont nous ne pûmes enlever que la faible proportion qui s'engagea dans la lunette de l'instrument. L'ablation fut donc très-incomplète : elle peut être estimée au volume d'une amande. Nous crûmes devoir nous en tenir, au moins provisoirement, à ce résultat. Nous eûmes une bonne inspiration, car la guérison a été radicale.

Quelques personnes croient bien faire en enlevant, séance tenante, les deux tonsilles hypertrophiées. C'est à tort, ainsi que le fait observer le Dr Verrier. Il suffit presque toujours d'opérer une seule amygdale. Les fonctions deviennent aussitôt plus faciles, et la nature se charge presque toujours de compléter l'œuvre commencée par le chirurgien qui a su, par une sage réserve, éviter les chances d'un double danger.

Il y a deux façons d'opérer l'amygdalotomie. Certains praticiens préfèrent recourir au bistouri, qui leur permet d'enlever telles proportions qu'il leur convient des amygdales. D'autres emploient plus volontiers la guillotine. Nous sommes avec ces derniers, pour deux raisons. En premier lieu, ainsi que nous l'avons déjà fait observer, il est tout à fait inutile d'enlever de notables proportions de l'organe. En second lieu, il est bien difficile d'être complétement sûr de sa main et de la parfaite docilité du malade, lorsque l'on opère dans une région aussi dangereuse que l'arrière-gorge.

S'il est des cas où, ainsi que nous l'avons dit en commençant, certains praticiens se décident trop à la légère à pratiquer une opération que l'on ne saurait toujours considérer comme inoffensive, il en est d'autres, aussi, où l'on se montre trop timide. Faute de la pratiquer en temps opportun, le médecin peut quelquefois avoir à se reprocher la perte du malade.

Voici, à ce propos, un fait dont nous ne pouvons évoquer le souvenir sans la plus pénible impression.

Il y a quatre ans, nous traitions une charmante jeune fille, âgée de seize ans Elle était atteinte d'angine couenneuse, avec hypertrophie considérable des tonsilles. La dyspnée était extrême, surtout pendant le sommeil, moment pendant lequel la pauvre enfant, couverte de sueur, râlant, semblait sur le point de quitter la vie.

Nous proposâmes l'ablation immédiate des amygdales. La famille accepta notre offre, mais désira, au préalable, prendre l'avis d'un honorable confrère. Celui-ci fut d'avis d'attendre, craignant que l'opération ne fût suivie d'une hémorrhagie difficile à réprimer.

Ne pouvent ramener ce confrère à de plus saines idées, nous proposâmes de nous en adjoindre un troisième, pour trancher la question. Ce dernier considéra la maladie comme peu sérieuse, et fut d'avis de ne rien faire: selon lui la malade devait être guérie en quelques jours! Le lendemain, la pauvre jeune fille avait cessé de vivre!... Elle avait succombé littéralement asphyxiée. Il est hors de doute pour nous que l'opération, pratiquée un peu plus tôt, c'est-à-dire avant ces interminables pourparlers, qui s'étaient prolongés deux longs jours, aurait eu pour effet de sauver les jours de cette pauvre jeune fille. Mais que pouvions-nous faire... contre deux ? Cependant (et cette réflexion nous est bien amère) la mère de la malade ne nous a jamais pardonné une mort dont elle persiste à nous attribuer l'entière responsabilité. « Vous étiez libre d'opérer ma fille, nous a-t-elle dit depuis, vous aviez toute liberté d'action, toute notre confiance ; pourquoi n'avez-vous pas rempli votre devoir en conscience ? »

Ces réflexions de la pauvre mère étaient justifiées, jusqu'à un certain point, par la connaissance de deux faits qui s'étaient passés à la même époque dans notre clientèle. Deux jeunes filles, affectées de la même affection que celle dont nous avons tracé la triste histoire, furent par nous opérées en temps opportun. Chez toutes deux, la guérison a été très-rapide. *Et nunc erudimini....*

Comme conclusion de tout ce qui précède, gardons-nous de pratiquer à la légère

l'opération de l'amygdalotomie; mais sachons aussi éviter l'abstention à un moment voulu. Avec un bon instrument, cette opération est facile, et ne fait courir aucun risque au malade, lorsque l'on se borne à enlever les parties proéminentes de l'organe. Autant que possible, on fera bien de se borner à n'opérer que d'un seul côté, sauf à recourir à une opération ultérieure, si les circonstances rendent une nouvelle intervention nécessaire.

L'intermittence ou la détente.

Loi des compressions inoffensives entre les corps solides et nos tissus vivants.

Nous recevons la communication suivante à laquelle, à raison de son intérêt, nous croyons devoir réserver un bon accueil. Nous laissons, toutefois, à l'auteur la responsabilité de ses paroles, tout en reconnaissant la justesse de certaines remarques par lui formulées. Comme nous tenons essentiellement à n'éveiller aucune susceptibilité, nous nous abstiendrons de citer et le nom du chirurgien dans la pratique duquel le fait a été recueilli, et celui de la feuille dans laquelle le même fait a été publié.

L'importance de ce principe en thérapeutique chirurgicale, pour la construction des appareils à fracture surtout, ressort manifestement de la lecture de l'observation de *gangrène foudroyante* que voici. Lisfranc, je n'en doute pas, l'eut infailliblement rangée parmi les hauts faits de ceux qu'il appelait, à son époque, les menuisiers de la chirurgie.

On lit en effet dans un journal de médecine:

Un homme fait une chute dans laquelle il se produit une fracture simple d'un bras, une fracture double de l'avant-bras opposé, avec issue des os au travers de la plaie. On applique, six heures après l'accident, sur l'un et l'autre membre, l'appareil des fractures simples, consistant en une attelle dorsale et une bande roulée, laquelle doit être assez fortement serrée pour maintenir les fragments en de bons rapports. L'appareil a été levé plusieurs fois pour tenter de mettre fin aux douleurs en rapport avec une compression relativement trop énergique. Bref, à quelques jours de là, le membre a été envahi par la gangrène, et le chirurgien a dû procéder à l'amputation du membre.

Je le demande à tout praticien impartial et ayant acquis quelque expérience, est-il possible de voir appliquer, sans prostester, *six heures seulement après l'accident*, l'appareil compressif des cas de fractures simples, savoir la *bande roulée* et *l'attelle dorsale*, sur une fracture grave et compliquée des deux os de l'avant-bras? Qui ne voit, au premier coup d'œil en un tel appareil, pour ainsi dire un piége tendu à la vie, et, où elle ne peut manquer de venir sombrer par *voie d'étranglement des capillaires* artérielles, à l'heure fatale du gonflement inflammatoire?

Non, la vie, cette merveille à nulle autre comparable, ne saurait être *une propriété de la matière*, comme trop de médecins de nos jours le supposent gratuitement, car elle est la *cause* par excellence, soutenant l'édifice toujours croulant des cellules organiques et présidant d'ailleurs à cette admirable représentation de l'univers qui est à chaque instant donnée à tous les hommes.

Ne venez pas nous dire que ce splendide phénomène est une propriété des cellules cérébrales, de peur que l'apoplexie *foudroyante* ne vienne, elle aussi, mettre en défaut, ces fameuses propriétés, et en relief, votre aveuglement prodigieux en cette grave et importante matière.

Imité dans nos machines à vapeur, *le vide et le plein* alternatifs de nos systoles et diastoles cardiaques et artérielles, après avoir littéralement fait agir *l'esprit de vie dans les roues* et anéanti par là tout à la fois l'espace et le temps, nous introduit aujourd'hui, de gré ou de force à une civilisation toute nouvelle.

Arrêtez le *va-et-vient* de *plein* et de *vide* qui caractérise le mécanisme de la vie, soit en produisant l'asphyxie respiratoire, soit en arrêtant le mouvement du cœur par une large plaie à l'une de ses quatre cavités, soit enfin en faisant cesser par *la*

compression continue de solides les pulsations des artérioles capillaires, le résultat sera identique ; c'est-à-dire ce sera l'extinction de la vie, avec cette différence toutefois, que, dans cette dernière hypothèse, si le mouvement inflammatoire a précédé la gangrène, *un cordon sanitaire* providentiel établi en vue d'empêcher la propagation du mal, diminuera beaucoup les dangers d'infection générale et, par conséquent, les chances de mort.

Les appareils à fracture construits sur ce principe fécond de l'intermittence, ou de la détente des compressions, mettent par là même les malades à l'abri de ces catastrophes de gangrène foudroyante, qui sont trop souvent une cause de ruine pour l'homme de l'art lui-même.

Dr Damoiseau, d'Alençon,
Président de la Société de secours mutuels des médecins de l'Orne.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Double vagin faisant obstacle à l'accouchement, par le professeur Aloïs Valenta, de Laibach (*Betz's Memorabilien*, XIX, 5e liv. 1874). — Une primipare âgée de 26 ans, ayant perdu ses eaux le 10 juillet 1872 à 8 heures, dès le commencement du travail, fut introduite à 11 heures 1/2 dans la salle des accouchements de la clinique de Laibach. Ce ne fut qu'à 3 heures que le médecin interne en voulant mieux s'orienter, ayant changé de côté, remarqua que, tandis qu'en suivant la paroi gauche du vagin il pouvait facilement toucher le museau de tanche large d'environ 1 1/2 pouce, quand il suivait la paroi droite, il avait de la peine à en sentir le bord seulement ; ayant alors examiné ce phénomène de plus près, il s'aperçut qu'il s'agissait d'un vagin double et fit appeler le professeur Valenta. Celui-ci trouva la vulve partagée en deux, par une paroi perpendiculaire allant d'avant en arrière, commençant un peu en arrière du méat urinaire, et partageant à son tour le canal vaginal en deux moitiés à peu près égales, au moyen d'une cloison très-riche en vaisseaux, et qui avait jusqu'à 4 lignes d'épaisseur, laquelle se terminait en faucille, immédiatement au-dessous du museau de tanche, de telle manière que le doigt qui touchait pouvait se replier d'un vagin dans l'autre : le vagin du côté droit était évidemment plus étroit que celui du côté gauche : tous deux présentaient les colonnes rugueuses, et ni l'un ni l'autre n'avait un hymen. La porteuse de ce vice de naissance n'en avait aucune idée, et il parut probable à l'auteur que les deux vagins avaient pu être utilisés pour des rapprochements sexuels sans qu'elle s'en doutât. L'aspect du travail devint particulièrement intéressant lorsque, au moyen de deux gorgerets, on eut dilaté autant que possible les deux vagins, ce qui permettait de voir simultanément par tous deux la tête de l'enfant qui, à chaque douleur, s'appuyait violemment contre l'extrémité en faucille de la cloison qu'elle menaçait de déchirer, ce qui détermina le professeur Valenta à inciser cet obstacle, à 4 heures 3/4, alors que l'orifice utérin présentait un diamètre de 3 pouces. Cette opération eut lieu au moyen de ciseaux mousses en se tenant plus près de la paroi, postérieure, l'auteur pensant que la tête formerait un excellent tampon qui empêcherait d'avoir à redouter une hémorrhagie de quelque importance ; hypothèse qui ne se réalisa pas tout d'abord, le lambeau antérieur ayant donné lieu à une hémorrhagie assez forte pour nécessiter l'application d'une ligature. La tête poussée

ensuite avec violence acheva d'arrêter le sang, car après la naissance d'une petite fille, pesant 5 livres 1/2, qui eut lieu à 5 heures 1/2., il ne s'écoulait plus une goutte de sang par les bords de la plaie. Le troisième jour des couches, la ligature fut enlevée, afin d'éviter toute tendance à la gangrène, et le 25 août, jour de la sortie de cette femme, tout était cicatrisé, et cela de telle sorte, qu'au bord antérieur on ne remarquait aucune inégalité, tandis qu'au postérieur on pouvait suivre une crête haute de 3 lignes environ. La matrice ne présentait aucune anomalie.

Le moulage de gypse, au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique des altérations de forme et de position de l'orifice et du col utérins, par le Dr Levy, de Munich (*Bayerisch aerztlich. Intellig. Blatt*, t. XX. n° 51, 1873.) — L'auteur essaya d'abord de se servir de cire à modeler, pour se faire une reproduction de la position interne, de l'aspect des organes sexuels de la femme; mais il dut y renoncer, cette substance ne répondant pas au but que remplit, en revanche, le gypse. Pour obtenir un moule de ce genre, la malade est placée sur le dos, le siége relevé; après avoir été nettoyés, la portion vaginale, et le vagin sont badigeonnés avec une eau de savon concentrée et de l'huile : au moyen d'un spéculum à valves, la portion vaginale est mise à jour, en évitant autant que possible de distendre les parois du vagin. Le gypse, amené à la consistance de bouillie, est alors introduit au moyen d'un long spéculum en verre opaque dont l'intérieur n'est pas huilé : avant que le gypse ne soit durci, on retire légèrement le spéculum à valves, afin que le voisinage de la portion vaginale soit aussi reproduit. Au bout d'environ 5 minutes, le gipse moulé est enlevé en retirant avec précaution le spéculum de verre opaque auquel il adhère. Le moule obtenu de cette manière est ensuite huilé et enduit de savon, enveloppé d'un papier ciré ou huilé, puis recouvert d'une nouvelle bouillie de gypse, à laquelle on peut mêler un peu de carmin en solution, et qu'on retire dès qu'elle s'est durcie.

La nature de ce recueil ne nous permet pas d'entrer dans des détails sur l'utilité de ces moules, au point de vue du diagnostic et de la comparaison de l'état primitif de ces parties avec ceux qui se produisent successivement par le traitement employé. Mais ce moulage aurait d'après l'auteur, une utilité thérapeutique dans les cas de fluxions du col utérins, non-seulement en permettant de faire des hystérophores appropriés de caoutchouc ou de telle autre substance, mais encore, en remplissant eux-mêmes cette fonction, si on les fait porter plusieurs jours par la femme, après avoir enlevé du moulage primitif ce qui correspond à l'orifice et au col utérins, de telle sorte que la base du col demeure seule enchâssée dans un anneau de plâtre.

L'auteur, après avoir indiqué quelques modifications qu'on peut apporter pour le moulage selon les cas, propose l'adjonction d'eau d'alun au gypse, afin que celui-ci durcisse plus rapidement et incommode moins longtemps la malade. En tout cas, après avoir enlevé le moule primitif, il faut nettoyer le vagin par des injections d'eau tiède.

Engorgements laiteux précurseurs des abcès du sein. — Moyen simple et rapide de les faire disparaître. — Les engorgements des glandes mammaires, *acini et tubes*, sont fréquents chez les femmes nouvellement accouchées, surtout chez les primipares. La mauvaise conformation d'un mamelon que l'enfant ne peut saisir, des crevasses du sein, occasionnant des douleurs si vives, que la mère évite de faire teter l'enfant de ce côté, une indisposition de l'enfant qui refuse de prendre le sein, telles sont, le plus souvent, les causes qui déterminent l'engorgement. Dès lors le sein devient douloureux. Il présente bientôt une élévation de température, facilement appréciable au toucher. A la région où siége la douleur, on sent au milieu du tissu glandulaire sain ou à la périphérie, une

partie plus ou moins étendue de ce tissu induré, de forme assez généralement lenticulaire. La tumeur augmente assez rapidement de volume; quelquefois plusieurs points indurés se juxtaposent et donnent au toucher la sensation de bosselures irrégulières.

Dans l'espace de quelques jours, le tissu cellulaire qui entoure les *acini* s'enflamme à son tour, les douleurs deviennent lancinantes, la malade éprouve des frissons, la suppuration s'établit.

Les moyens médicaux employés de tout temps contre cette affection si douloureuse, qui compromet à la fois la santé de la mère et de l'enfant, ne donnent que de bien médiocres résultats.

Quel praticien n'a maintes fois souffert, dans sa sensibilité et son amour-propre, de ne pouvoir offrir aux supplications d'une mère et aux cris affamés d'un enfant, que cette prescription banale « fomentations, cataplasmes, pommade fondante ? »

Voici un moyen très-simple qui m'a *toujours* réussi à faire disparaître instantanément un engorgement, toutes les fois que j'ai pu l'employer dès le début.

Ce moyen consiste à faire, avec la main, des frictions prolongées en tous sens et des massages sur la partie indurée, en exerçant une pression modérée, qui varie suivant le degré de sensibilité et aussi suivant le degré de résistance. Dans les douze premières heures, il suffit de 5 à 10 minutes pour faire disparaître une induration de la grosseur d'un petit œuf de poule. Plus tard, l'engorgement résiste davantage; il faut plusieurs séances à 10 minutes d'intervalle, et les frictions sont plus douloureuses et doivent être plus énergiques.

Employé trop tard, ce moyen échoue fatalement. Cependant il me semple offrir encore des avantages, malgré les douleurs qu'il occasionne alors. En débarrassant en grande partie la glande, il empêche l'inflammation de se propager à une trop grande étendue de tissu cellulaire et limite ainsi les dimensions du foyer de l'abcès.

Le plus souvent, il est nécessaire de répéter plusieurs fois les frictions. L'engorgement offre de la tendance à récidiver sur place; il est important de le surveiller et d'agir aussitôt. Ce soin, du reste, peut être confié à la femme elle-même et au mari. Pendant ces manipulations, il s'écoule presque toujours une certaine quantité de lait. C'est d'abord du lait épaissi (surtout dans les engorgements du 2e et du 3e jour), jaunâtre, parfois un peu grisâtre, puis moins épais, et enfin du lait naturel lorsque la glande est à peu près assouplie.

On ne doit quitter la malade que lorsque la partie indurée est ramenée au degré de souplesse du reste de la glande.

(*Tribune médicale.*)

Contribution à l'alimentation artificielle des enfants, par le Dr Krauss, de Virchleim-sous-Fack (*Wuerttemberg. Medecin-Correspondenz-Blatt*, 1874, n° 30.) — Le royaume de Wurtemberg ayant une position très-défavorable, quant à la mortalité de la première année de la vie, l'auteur persuadé, avec raison, que la principale cause en est due à une alimentation non convenable, a salué avec plaisir la monographie du professeur Kebrer, dans la collection des leçons cliniques de R. Volkmann (V. *Revue de thérapeutique*, 1874....) Toutefois il est un point important sur lequel il ne peut être d'accord avec ce savant médecin. En effet, celui-ci dit que le lait de chèvre comparé à celui de femme, se comporte, dans sa réaction envers le suc gastrique et dès lors dans sa valeur nutritive pour les enfants, comme le lait de vache. Mais ayant répété les expériences de Kebrer sur le lait de femme, de vache et de chèvre, il a trouvé les mêmes résultats pour les deux premiers, mais point pour celui de chèvre. En effet, celui-ci dans les expériences faites avec la caillette extraite, au moyen d'acide chlorhydrique, se précipite en caillots beaucoup plus petits que celui de vaches, qui se dissolvent de nouveau presque entièrement dans une adjonction ultérieure du liquide en question; ce qui le rapproche beaucoup de celui de femme et le différencie de celui de vache. Ceci s'accorde avec l'expérience pratique de l'auteur, qui a trouvé

le lait de chèvre infiniment plus convenable pour l'alimentation des petits enfants que celui de vache, et l'a recommandé pour cette raison à bien des parents. Il rappelle en outre que quand on le cuit, il ne forme pas de peaux aussi épaisses que celui de vache. D'ailleurs si le lait de vache a souvent des inconvénients pour les enfants, parce que la bête a trop travaillé, qu'elle a eu du mauvais foin, etc, celui de chèvre ne peut avoir ces inconvénients, cet animal ne prenant jamais rien de gâté, n'étant jamais échauffé par excès de travail. — Quant à la recommandation de ne prendre de lait que dans la propre écurie, l'auteur ne peut y donner les mains : on sait que les vachers ne mettent jamais à part le lait d'une même vache, dès qu'on cesse de les surveiller, et quant à vouloir avoir recours à la vache de pauvres gens, la nourriture que ceux-ci peuvent lui donner rend ce conseil tout à fait fâcheux. Qu'on ait donc recours au lait d'écuries propres et bien tenues et qu'on ait le lait de vaches de distillateurs et de brasseurs.

Le chloroforme dans la chirurgie des enfants. — Cette thèse aurait gagné à être faite dans le milieu Lyonnais où l'usage général de l'éther prive le chirurgien, qui a complétement renoncé au chloroforme, d'une ressource précieuse chez les enfants. Elle aurait gagné, d'abord, parce qu'elle aurait pu réagir contre une proscription fâcheuse du moment qu'elle est absolue, et puis que l'auteur aurait mieux connu l'anesthésie par l'éther et aurait pu en faire avec plus de compétence la comparaison avec le chloroforme. Ce travail nous paraît donc surtout fournir l'occasion de rappeler aux chirurgiens qui ont fait leur éducation à Lyon, que le chloroforme paraît être d'une innocuité absolue chez les enfants et qu'il peut rendre chez eux des services tout autres que l'éther.

L'immunité enfantine se limite à l'époque où l'enfant commence à devenir raisonnable, a dit M. Perrin; mais jusqu'à cette époque, quelle facilité dans l'application! « Le chloroforme est administré à ces petits êtres comme en riant. On cause avec eux pour les distraire, et, tout en causant, on approche d'eux la compresse imbibée de chloroforme; l'odeur leur plaît, elle est fraîche, elle est agréable; aussi la respirent-ils facilement. L'absorption se fait, et bientôt tout est dit; l'enfant sommeille. »

Le réveil est aussi simple, aussi rapide. Un chirurgien peut endormir un enfant dans son cabinet et le renvoyer dix minutes après jouer et courir. Il n'est plus permis avec cette simplicité de s'exposer à ces examens incomplets, à ces diagnostics par à peu près, à ces traitements hasardés, où entraînent trop souvent les cris et la résistance d'un enfant, compliqués de la prévision des embarras d'une anesthésie par l'éther.

Cette immunité de l'enfance n'est pas une raison pour qu'on s'abstienne des règles générales de prudence toujours plus sévères avec le chloroforme qu'avec l'éther. Il faut se servir du chloroforme, parce qu'il a des avantages à lui spéciaux, mais s'en servir sans se dissimuler qu'avec cet agent la surveillance, les précautions doivent être plus rigoureuses qu'avec l'éther. Est-ce que les dangers d'un remède actif seraient devenus une raison pour priver les malades de ses avantages?

Du reste, la proscription du chloroforme n'est plus aussi absolue que par le passé dans les hôpitaux lyonnais, les étudiants sont à même d'y comparer les deux anesthésies avec plus de documents pour l'éther que n'a pu le faire M. Bergeron; ils sont à même de prendre l'habitude d'un moyen dont la privation les placerait dans un état d'infériorité réelle, spécialement dans la chirurgie des enfants et dans la pratique obstétricale.

(*Lyon médical.*)

Remède contre les maux de dents. — Le *Medical Record* rapporte qu'en Amérique on a observé de bons effets, comme anesthésique local, d'un liquide obtenu en triturant dans un mortier, avec quelques gouttes d'alcool, un mélange de poids égaux de camphre et d'hydrate de chloral. M. Lennox Browne, dans le *British Medical Journal*, dit avoir employé

ce liquide avec succès contre les névralgies. On badigeonne légèrement, avec un pinceau trempé dans le liquide, la partie douloureuse; cette application ne produit sur la peau qu'une sensation de fourmillement. Ce composé réussit également bien contre les maux de dents. (*Scalpel.*)

Chaux dans les yeux, emploi de l'eau sucrée. — La chaux éteinte, mise en contact à froid avec une dissolution aqueuse de sucre, se dissout promptement en formant un inoffensif saccharate de chaux bibasique. De là l'indication de l'emploi de l'eau sucrée quand de la chaux a été introduite sous les paupières et n'a pu en être enlevée totalement, ou même comme émollient à la suite de lésions ainsi déterminées.

Si M. C. Poncet croit cette thérapeutique de découverte récente, il se trompe. Depuis vingt ans nous en faisons usage, souvent avec succès.

(*Annales d'oculistique.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 février 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique. La commission présente, en première ligne, M. Empis; en deuxième ligne, M. Parrot; en troisième, M. Lancereaux; en quatrième, M. Cornil; en cinquième, M. Voisin.

Le nombre des votants était de 81, dont la majorité est 41.

M. Empis obtient 58 suffrages. — M. Parrot, 16. — M. Lancereaux 6. — M. Cornil, 6.

En conséquence, M. Empis ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé membre de l'Académie.

Vaccine. — M. Blot lit un rapport officiel sur le service de la vaccine pendant les années 1872 et 1873.

L'honorable rapporteur insiste sur la nécessité des revaccinations. Il regrette qu'elles ne soient pas obigatoires pour les deux sexes; il est nécessaire de les pratiquer avec le vaccin d'enfants vaccinés pour la première fois, car, suivant M. le docteur Leduc (de Versailles), le vaccin est usé après la sixième revaccination.

La petite vérole antérieure ne doit pas empêcher de revacciner, car les cas de variole répétés deux fois et même trois fois sur le même sujet se multiplient de plus en plus, et le vaccin prend souvent très-bien chez des individus déjà défigurés par la petite vérole.

M. Blot regrette que l'administration alloue aux médecins vaccinateurs une indemnité dérisoire.

M. Depaul partage entièrement l'opinion de M. Blot sur l'insuffisance du service dans les départements, insuffisance due à la parcimonie des conseils généraux. Il faudrait que chaque département eût un directeur de vaccine et un dépôt permanent de vaccin. L'Académie ne peut suffire pour fournir à toute la France, et s'il n'y avait pas des médecins qui, à leurs propres frais, conservent et entretiennent le vaccin dans diverses villes, on serait pris au dépourvu.

M. Larrey appuie les observations présentées par M. Depaul. Le grand obstacle à l'organisation d'un service départemental est la pauvreté de certains départements, surtout ceux du Midi.

Les vibrions dans le pus (discussion.) — M. Bouillaud pense que M. Pasteur a répondu victorieusement aux objections qui ont été faites de divers côtés à ses doctrines. Il a montré que ses contra-

dicteurs oubliaient certaines conditions indispensables.

M. Pasteur a fait faire un grand pas à la science de la fermentation, en la circonscrivant avec soin et en définissant avec rigueur ce qu'il faut, au juste, entendre par ce mot de fermentation. Pour lui, il n'y a pas fermentation sans ferments, c'est-à-dire sans l'intervention de germes d'organismes vivants que l'on peut voir au microscope. Ces organismes microscopiques seraient des êtres organisés proprement dits, et non pas seulement des matières organisées, comme ces substances albuminoïdes dont la présence suffirait, suivant MM. Trécul et Frémy, pour provoquer la fermentation. C'est une grande question à savoir, en effet, si de toute fermentation, et en particulier la fermentation putride ou septique, celle qui intéresse surtout les médecins, est le produit d'un être spécial, d'un être à germe venu de l'extérieur, ou si les substances qui ont été douées de la vie portent en elles-mêmes le germe de leur décomposition. *Adhuc sub judice lis est.* S'il était possible d'arriver à une certitude, en faisant intervenir une commission académique devant laquelle M. Pasteur serait appelé à répéter lui-même ses principales expériences, ce serait chose très-utile.

M. Gosselin. Je tiens à dire à l'Académie que ces critiques de M. Pasteur, pour ce qui concerne le travail de M. Bergeron ne sont aucunement fondées. Ce que M, Bergeron a dit, il l'a vu; ce qu'il a vu, c'est-à-dire des bactéries et des vibrions dans le pus des abcès chauds qu'on venait d'ouvrir, il l'a très-bien vu. Rien de plus simple; il suffit d'avoir des tubes bien lavés à l'hyposulfite de soude et chauffés avec une eau distillée bien essayée, des plaques et des lamelles de verre convenablement appropriées, et un grossissement de 5 à 600, et une certaine habitude de l'utiliser. Or, comme mon jeune confrère est exercé depuis longtemps à ce genre d'études, comme ses résultats ont été confirmés par plusieurs élèves de clinique et par moi, et comme personne n'a eu de doutes à élever, il n'y a pas lieu d'invoquer une observation inexacte.

M. Pasteur a pu croire que la présence des vibrions et des bactéries dans des cavités sans communication avec l'air étant un argument en apparence favorable à la doctrine des générations spontanées, M. Albert Bergeron a désiré mettre le fait en évidence pour appuyer cette doctrine et pour combattre la doctrine opposée, celle de la panspermie.

Telle n'a pas été la pensée de l'auteur, telle surtout n'était pas la mienne, lorsque j'ai accepté le patronage du travail et des faits qui y sont énoncés.

Nous avons eu en vue une question de physiologie pathologique et de clinique, et non pas une question de doctrine.

Nous savons depuis longtemps que le pus est essentiellement putrescible à l'air, que dans la forme la plus habituelle de sa décomposition, il donne naissance à des produits de mauvaise odeur : hydrogène sulfuré, hydrosulfate d'ammoniaque, etc. Lorsque sont venues les études microscopiques, nous avons reconnu de plus que ce pus, quand il devenait putride à l'air, se chargeait de vibrions et de bactéries. Nous avons espéré un moment avoir trouvé dans cette découverte un moyen d'apprécier le degré de nocivité du pus. Ce n'est pas en empêchant la formation des vibrions ou en les faisant disparaître ; c'est plutôt en empêchant les décompositions ultérieures plus graves dont les vibrions indiquaient la possibilité et, dans une certaine mesure, l'imminence. Dans l'état actuel de la science, en un mot, les microzymas ne sont pas les ennemis dangereux contre lesquels nous avons à lutter, mais ils sont des avant-coureurs qui nous autorisent à nous mettre en garde contre le venin de ces derniers, et, à ce point de vue, il n'est pas sans intérêt de les étudier, et, en les étudiant, d'agrandir le champ de nos connaissances sur les altérations du pus. C'est en nous inspirant de ces idées que nous avons voulu savoir, M. Albert Bergeron et moi, si par hasard le pus n'était pas assez putrescible, chez certains sujets, pour s'altérer avant l'ouverture de son foyer, à un faible degré, se traduisant par la présence des bactéries.

Tel a été le but pathologique, comme vous le voyez, des recherches que j'ai engagé M. Albert Bergeron à faire à ma clinique à laquelle il est attaché comme chef du laboratoire.

Vous savez ce qu'il a trouvé : des vibrions dans le pus des abcès chauds des adultes, rien dans celui des enfants, rien dans le pus des abcès froids à aucun âge.

Comme complément de ce que nous savions déjà sur les altérations du pus, comme complément des études que je poursuis relativement à l'influence des âges sur le développement et la marche des maladies chirurgicales, les résultats nous ont paru surtout mériter la publicité. Ils m'ont paru surtout assez intéressants, pour que l'auteur, qui y a consacré du temps et des soins, s'assurât la priorité.

Je n'ai pas eu jusqu'ici d'opinion arrêtée sur la génération spontanée. Je ne m'occupe que des faits se rattachant de près ou de loin à cette question de doctrine, qui peuvent avoir des rapports avec la clinique. Le hasard veut que j'aie constaté un fait, l'origine des vibrions dans les cavités non ouvertes qui semble en contradiction avec la théorie de M. Pasteur.

Est-ce à dire que, pour tous les cas, j'admette les formations spontanées de ces corps mouvants et que je rejette absolument leur origine par des germes qui se soient développés en faisant subir aux humeurs une fermentation ? Nullement ; j'aurais aimé peut-être à n'exprimer encore aucune opinion à cet égard, parce que je ne puis en donner une dont la démonstration parfaite soit possible. Mais s'il fallait me prononcer, je dirais qu'entraîné par les très-belles démonstrations qu'a données M. Pasteur pour les autres fermentations, entraîné surtout par les utiles déductions prophylactiques que ce savant a tirées de ces expériences, je me suis demandé s'il n'y avait pas une voix indirecte par laquelle seraient entrés les germes ou spores capables d'engendrer une fermentation pathologique dans les cavités qui, comme celles des abcès chauds, ne communiquent pas directement avec l'air. La réponse ne me paraît pas trop difficile. Pourquoi les ferments n'entreraient-ils pas par les voies digestives et surtout par les voies respiratoires ?

En définitive, il faut bien admettre que notre corps est environné de ferments. Pourquoi n'en aurait-il pas aussi dans son intérieur ?

M. Chauffard. Une simple question. Ces abcès, dans le pus desquels M. Gosselin a trouvé des bactéries, différaient-ils des autres au point de vue clinique ?

M. Gosselin. Ils n'en différaient nullement. C'étaient des abcès ordinaires, des abcès chauds, des abcès phlegmoneux, comme on en rencontre tous les jours,

M. Chauffard. Ainsi rien, dans l'état des malades, n'indiquait une complication de septicémie ou de putridité dans le foyer purulent ?

M. Gosselin. Rien absolument.

M. Chauffard. Pourquoi donc dire que le pus avait subi, dans ces abcès, un premier degré de fermentation putride ?

M. Gosselin. Parce qu'on ne trouve des vibrions et des bactéries que dans des liquides qui commencent à se décomposer.

M. Chauffard. Mais c'est la question par la question. On pourrait avec autant de raison, retourner la proposition de M. Gosselin, et dire : les vibrions et les bactéries peuvent exister indépendamment de toute décomposition, puisqu'on les trouve dans le pus d'abcès ordinaires, non putride,

M. Pasteur. Un mot seulement. M. Gosselin, dans sa lecture d'aujourd'hui, a été infiniment moins affirmatif que M. Bergeron dans sa note à l'Institut. M. Bergeron a soutenu que les vibrions et les bactéries s'étaient bien formés dans l'abcès lui-même et n'y avaient pu parvenir ni par l'extérieur, ni par l'intermédiaire des vaisseaux lympathiques ou des vaissaux sanguins. C'était donc bien dans sa pensée une démonstration de la génération spontanée, et il la donnait, aussitôt, sans autres recherches, sans autres études. On nous a dit, ce qu'il a vu, il l'a bien vu ; eh bien, dès à présent, rien ne m'est plus facile que de démontrer le contraire par un exemple.

Il a prétendu que, pour tuer les vibrions et les bactéries, une solution d'hyposulfite de soude était un excellent moyen, le meilleur moyen ; c'est le réactif qu'il emploie et qu'il recommande. Or, les vibrions et les bactéries vivent admirablement dans une solution d'hyposulfite de soude.

Quelle confiance peut-on avoir dans des expériences ainsi conduites ? C'est cette méthode expérimentale qui m'a blessé, alors qu'on voulait résoudre ainsi une question semblable à celle des générations spontanées.

M. Gosselin. Nous ne songions pas à la question des générations spontanées. Je n'y songeais pas, pour ma part.

M. Pasteur. M. Bergeron y songeait si bien, qu'il a rappelé la théorie de M. Trécul sur les matières albumineuses semi-organiques tenant lieu de ferment. Et cette communication a été extrêment agréable à M. Trécul. Vous le savez bien puisqu'il vous l'a dit lui-même. La seule chose qui le chagrinait, c'était l'absence des vibrions dans certains abcès ; il aurait voulu qu'il y en eût dans tous.

M. Colin. Je voudrais savoir quelle était la forme des vibrions observés dans le pus par MM. Goselin et Bergeron. Souvent on prend pour des vibrions proprement dits ce qui n'en est pas : de simples particules mouvantes, telles que les débris des noyaux des globules de pus. Les gouttelettes de graisse très-fines qui existent notamment dans la lymphe, ont également la faculté de se mouvoir dans le foyer du microscope. Toutes ces particules mouvantes ne sont pas des êtres spéciaux, et on ne doit pas affirmer qu'on a trouvé des vibrions quand on ne voit pas en même temps des chapelets ou des bâtonnets, etc.

M. Pasteur. Si M. Gosselin voulait bien m'avertir quand il ouvrira un abcès de ce genre, je lui en serais très-reconnaissant, et j'irais observer moi-même. Ce que je demande, ce que je cherche, c'est la vérité. Je n'apporte aucun parti pris. Jusqu'à présent, je n'ai pas rencontré la génération spontanée, bien que je n'aie rien négligé pour la trouver. Si je la rencontre jamais je serai heureux de le dire. C'est pourquoi je suis venu ici poser la question. Je ne puis créer un abcès dans mes cornues. Ce que je désire, c'est que l'on fournisse des sujets d'observation.

M. Chauffard. On trouverait des bactéries et des vibrions dans le pus de tous les abcès que cela ne prouverait nullement la génération spontanée ; car le sang en contient dans beaucoup d'affections, et si les abcès sont formés par diapédèse comme le prétend Conheim, si les globules blancs du sang peuvent traverser les parois des vaisseaux, il est évident que des corpuscules infiniment plus petits le peuvent également.

A cinq heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

Séance du 2 mars 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Correspondance. — M. Béclard rappelle que M. Barth avait manifesté le désir qu'il fût nommé une commission spéciale pour l'examen des titres des candidats pour les places de correspondants nationaux et étrangers. Le conseil, ayant délibéré sur cette demande, n'a pas été d'avis qu'il y eût lieu d'apporter aucune modification dans le mode de présentation des candidats pour ces titres ; mais il a pensé qu'il y avait lieu de créer une commission spéciale pour les candidats aux places d'associés nationaux et étrangers. En conséquence, une commission spéciale sera désignée ; elle se composera de deux délégués de chacune des quatre commissions instituées pour les correspondants nationaux et étrangers.

— M. Gubler met sous les yeux de l'Académie, un échantillon de jaborandi, comprenant les feuilles, le fruit, la tige et les racines de cette plante, qui paraissent avoir les mêmes propriétés que ses autres parties.

Les vibrions dans le pus (suite de la discussion). — M. Colin donne lecture d'un travail ayant pour titre : *La putréfaction ne peut-elle s'effectuer sans le concours de germes et d'organismes inférieurs ?*

Tout le monde admet depuis les travaux de M. Pasteur, dit l'auteur, qu'une fermentation ne peut se produire sans la présence d'êtres organisés et vivants ; mais les ferments viennent-ils du dehors ou naissent-ils sur place par génération spontanée ? Il importe d'examiner d'abord si les fermentations ne se produisent que par la présence d'êtres organisés, alors il sera temps de rechercher d'où viennent ces êtres.

M. Colin a fait de nombreuses expériences sur des œufs frais de toutes espèces, il les a tous vus se putréfier. Ces œufs, à l'état frais, ne contenaient aucune trace de germes ou d'organismes inférieurs. N'ayant vu entrer aucune espèce de corpuscules, il en conclut que la putréfaction s'est faite sans germes venant du dehors.

L'examen des œufs putréfiés a révélé la présence d'éléments figurés, mouvants, qui paraissent être, non des corps organisés, vivants, mais de simples corpuscules albumineux. Donc la putréfaction n'est pas due à des organismes produits par génération spontanée. A l'air libre, les ferments jouent un rôle dans la décomposition putride, ils la modifient, ils en vivent, mais ils ne la produisent pas.

M. Poggiale n'a pas d'opinion arrêtée sur la génération spontanée. Il croit qu'en l'état actuel de la science le mieux est de n'en pas avoir. M. Pasteur dit qu'il cherche depuis 20 ans la génération spontanée sans la trouver, il la cherchera longtemps encore, il lui sera toujours facile de répondre aux hétérogénistes que les ferments ont été portés où on les trouve par l'oviducte, l'urèthre, l'anus, les organes digestifs et respiratoires, la peau, les poils, etc.

L'orateur émet quelques doutes sur les expériences de M. Goujon à propos de la putréfaction des œufs. Il rappelle les expériences de MM. Bellamy et Lechartier sur la fermentation des fruits. Ces expérimentateurs n'ont pas toujours trouvé la fermentation alcoolique à l'intérieur des fruits. Dans les cas où on ne trouve pas le ferment alcoolique dans les fruits, M. Poggiale pense que les cellules végétales agissent à la manière des cellules du ferment, avec cette différence que leur action ne dure qu'un certain temps.

L'orateur demande l'opinion de M. Pasteur sur ce sujet et fait quelques observations à propos des urines ammoniacales; il rapelle que la discusion de l'an dernier a prouvé que l'urine pouvait devenir alcaline dans la vessie, mais on ne sait si cette transformation est produite par un ferment ou par une action chimique.

M. Pasteur répondra à MM. Colin et Poggiale dans la prochaine séance. A cinq heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

MÉLANGES ET FAITS DIVERS.

Légion d'honneur.

Par divers décrets, sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Trudeau, médecin de 1re classe à Saumur. — Ropert, médecin-major de 1re classe . — Bédié, médecin-major de 1re classe, — Brion, médecin principal de la marine. — Leblanc, médecin de l'hospice de Fontainebleau.

Au grade de chevalier : MM. Longuet, médecin-major de 2e classe. — Vanmeris, médecin-major de 2e classe. — Lambert, médecin-major de 2e classe.—Schauenffele, pharmacien-major de 2e classe. — Auffret, médecin professeur de la marine à Brest. — Legrand et Cardiès, médecins de 1re classe de la marine. — Le docteur Reveilhe, médecin en chef des hospices

de Nîmes. — Le docteur Delarue, médecin à Paris, vingt-quatre ans de services comme chirurgien-major de la garde nationale. — Le docteur Combalat, médecin en chef des hôpitaux de Marseille, professeur à l'Ecole de médecine. — Le docteur Lampérière, membre du conseil municipal de Conches. — Le docteur Bruté, médecin des prisons de Rennes.

Distinctions honorifiques: Sont nommés *officiers de l'instruction publique*: MM. Penquer, médecin du lycée de Brest. — Reveilhe, médecin du lycée de Nîmes. — Bataille, médecin de l'école normale primaire de Versailles. — Dagneau de Jumigny, médecin de l'école normale primaire de Bourges.

Officiers d'académie: MM Bonnet, secrétaire agent comptable de la Faculté de médecine de Nancy. — Bornet, chef de bureau à l'Académie de médecine. — Docteur Bouland, — délégué cantonal du treizième arrondissement de Paris. — Docteur Bucquoy, délégué cantonal à Péronne. — Docteur Claisse, délégué cantonal à Saint-Valérien.

Association des médecins de la Seine. — Cette Société a tenu son assemblée annuelle le dimanche, 31 janvier, dans le grand amphithéâtre de l'École de Médecine, sous la présidence de M. Barth.

M. Orfila a lu le compte rendu de l'année 1874. Il a rendu un hommage spécial à la mémoire de M. Paillard de Villeneuve, conseiller de l'œuvre, mort dans l'année. M. Vautrain appelé à lui succéder, assistait à la séance et à remercié l'association du témoignage flatteur de confiance qu'elle lui a donné.

La situation de l'œuvre est toujours prospère. Les recettes de cette année se sont montées au chiffre de 50,174 fr. 65 cent. Sur cette somme, 32,640 fr, ont été distribués en secours. Une action de 15,000 de rentes s'est ajoutée à l'actif de la Société.

La séance s'est terminée par le tirage au sort des membres de la commission générale et par la réélection de M. Barth, comme président et de MM. Béclard et Guéneau de Mussy comme vice-prépresidents.

La bourse fondée au lycée Saint-Louis par l'Association des médecins de la Seine, en exécution de la donation de M. le Dr Moulin, se trouvera vacante au mois d'octobre 1875. L'acte de donation prescrit que « la bourse sera fondée en faveur et au seul profit du fils d'un docteur en médecine ou en chirurgie, français, reçu dans une faculté de France, pauvre et malheureux, membre ou non de ladite Société, vivant ou décédé, que ladite Société choisira et désignera chaque fois que ladite bourse sera devenue vacante. »

Les demandes et les pièces à l'appui devront être adressées avant le 1er juin 1875, à M. le docteur Orfila, secrétaire général de l'association, rue Casimir-Delavigne, 2, à Paris.

Liste des prix de la Faculté pour l'année scolaire 1874-1875. — *Prix Corvisart.* — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille d'or de 100 fr.

Une question de médecine pratique est, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies au numéro du lit qui lui a été désigné; 2° la réponse à la question proposée. Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux, et de soumettre à la section de la Faculté les noms des concurrents qu'il juge dignes d'obtenir des médailles.

Concours de 1875. — La question pro-

posée est : « De la péritonite non puerpérale. »

Prix Montyon. — Le prix Montyon, qui consiste en une médaille de vermeil et une somme de 300 fr. en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir.

Les mémoires des candidats doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 fr. à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Prix Chatauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Chatauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 fr., est décerné chaque année par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 fr., en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Parmi nos 4,500 étudiants, il y en a malheureusement un grand nombre qui se trouvent dans les conditions énoncées dans le legs de M. le baron de Trémont. Il serait donc bien désirable que ce donateur généreux pût trouver des imitateurs.

Par décret du 8 septembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté.

Les candidats doivent se faire inscrire, avant le 1er juillet de chaque année, au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné en même temps l'indication des pièces à fournir.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 fr. est accordé tous les deux ans au meilleur ouvrage sur la *phthisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité.

Les mémoires des concurrents doivent être remis au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire, désigne à M. le ministre celles qui lui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable).

La Société française de tempérance, *Association contre l'abus des boissons alcooliques*, vient d'arrêter les sujets des prix qu'elle se propose de décerner en 1876, 1877 et 1878; en voici le programme :

PRIX A DÉCERNER EN 1876. — 1re *question.* — Montrer, par des recherches statistiques assez limitées pour que les renseignements en puissent être exactement recueillis et facilement coordonnés, circonscrites à un canton, par exemple, et s'étendant, autant que possible, comme période de temps, du commencement du siècle jusqu'à nos jours, quels sont les rapports entre l'accroissement du nombre des cabarets et les changements survenus dans la natalité, la mortalité, la durée de la vie moyenne, la criminalité, la fréquence des maladies mentales, des suicides, le nombre des exemptions du service militaire pour faiblesse de constitution ou infirmités.

2e *question.* — Etude comparée des législations relatives aux débits des boissons dans les divers Etats de l'Europe. Chercher

dans cette étude des données sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques.

3e *question.* — Etudier les associations coopératives de consommation qui existent en France, les causes qui en ont jusqu'à ce jour restreint l'extension et les avantages qu'elles présentent au point de vue de la tempérance.

4e *question.* — Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les effets comparatifs des eaux-de-vie et des liqueurs dites *similaires de l'absinthe* et qui sont préparées avec les essences de Fenouille, de Badiane, d'Anis, de Tanaisie et autres plantes analogues. — Pour chacune des quatre questions, le prix sera de 1,000 francs.

PRIX A DECERNER EN 1877. — 1re *question.* — Déterminer à l'aide d'analyses chimiques répétées sur un grand nombre d'échantillons pris au hasard, chez les débitants de Paris ou de la province, les analogies et les différences qui existent entre l'esprit-de-vin et les alcools de toute autre provenance livrés au commerce des boissons et des liqueurs.

Le prix sera de 2,000 fr.

2e *question.* — Est-il possible de distinguer positivement, par l'examen des propriétés chimiques ou physiques, les vins et les eaux-de-vie naturels, c'est-à-dire provenant de la fermentation des jus de raisin, ou de la distillation des jus fermentés, des vins ou des eaux-de-vie fabriqués ou mélangés avec des alcools d'autre provenance.

Le prix sera de 1,000 fr.

PRIX A DÉCERNER EN 1878. — Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les différences qui, au point de vue des effets sur l'organisme, et à titre alcoolique égal, existent entre les vins et les eaux-de-vie naturels d'une part, et, d'autre part, les vins fabriqués ou simplement relevés avec des alcools de provenance purement industrielles et les eaux-de-vie de même origine.

Le prix sera de 2,000 fr.

NOTA. — Les mémoires écrits en français et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresse des auteurs devront être envoyés à M. le docteur Lunier, *secrétaire général de la Société*, rue de l'Université, 6, à Paris : pour les prix de 1876, avant le 1er janvier de la même année et pour ceux de 1877 et 1878 avant le 1er janvier des mêmes années.

— Par suite du décès de M. Boys de Loury, médecin titulaire de l'hospice *spécial* annexé à la maison de Saint-Lazare et consacré au traitement des maladies vénériennes, M. le docteur Boureau, médecin-adjoint, a été nommé médecin titulaire et M. le docteur Aimé Martin a été nommé médecin-adjoint.

— La *Société protectrice de l'enfance du département d'Indre-et-Loire* a mis au concours la question suivante : Des moyens de prévenir et de combattre l'entéro-colite des nouveau-nés; insister sur la prophylaxie de cette affection et sur les règles d'hygiène pouvant être mises à la portée des nourrices à gages.

Les travaux devront être faits surtout au point de vue du centre de la France et être adressés sous forme académique au secrétaire de la Société, M. Bodart, rue Royale, 88, à Tours.

Hygiène publique : adultération des eaux de Paris. — Il s'est produit à Paris, à la fin de la semaine dernière, un fait qui doit être mentionné, car il intéresse la santé publique. Voici de quoi il s'agit : Tous les quartiers de Paris, alimentés par les eaux de la Vanne, depuis l'hôpital de la Pitié jusqu'à la rue du Quatre-Septembre par exemple, ont eu tout d'un coup une odeur et un goût tellement désagréables, qu'il était impossible d'en boire et que les aliments qui avaient nécessité son emploi, ont dû être jetés.

Nous avons cherché à savoir quelle était la cause de cette adultération subite de l'eau et nous avons obtenu, d'une personne compétente, les renseignements suivants : Le 10 décembre, l'administration a fait réparer l'acqueduc de la Vanne, aux en-

virons d'Arcueil, avec un enduit à base de goudron. Le travail terminé, on a remis les eaux dans cet aqueduc d'où elles se sont distribuées dans une grande partie de Paris. Il paraîtrait que, en pareil cas, on se sert aussi d'une préparation dans la composition de laquelle entre la benzine. Nous croyons même assez volontiers qu'il en a été ainsi dans le cas actuel; l'eau, en effet, n'avait pas une odeur et une saveur bien franches de goudron. Chauffée, elle déterminait sur l'odorat une sensation très-désagréable. Ce n'est qu'au bout de 4 ou 5 jours, que l'eau est redevenue potable.

La nouvelle école de médecine de Paris. — La reconstruction de l'École de Médecine de Paris marchera de front avec la continuation du boulevard Saint-Germain, entre la rue Hautefeuille et le carrefour de l'Odéon, dont les plans viennent d'être soumis aux formalités de l'enquête publique à la mairie du 6 arrondissement.

Cette reconstruction permettra d'opérer un agrandissement rendu nécessaire par le nombre toujours croissant (dépassant aujourd'hui 4,500) des élèves qui suivent les cours de l'Ecole.

La dépense totale de ces travaux ne sera guère inférieure à neuf millions. Elle sera supportée par égales parties par le ministère de l'instruction publique et par la ville de Paris.

Encore les femmes médecins. —Nous avions, paraît-il, annoncé prématurément la résolution prise par nos confrères d'outre-Manche, de s'opposer à l'intrution des femmes dans la pratique médicale.

Voici une nouvelle empruntée au *Scalpel*, qui semble de nature à faire croire que l'Angleterre s'apprête à son tour à faire sa partie dans ce nouveau concert Européen.

On annonce, dit ce journal, qu'on va ouvrir, à Londres, dans les environs de Brunswick Square, une école de médecine pout les femmes. Le personnel enseignant n'est pas encore complet; cependant, on a déjà réuni des professeurs pour la pratique médicale, la chirurgie la pathologie, l'obstétrique, la chimie, l'anatomie, la matière médicale et la botanique. Dans le conseil de direction, l'on remarque les noms du professeur Huxley, du docteur Walker et d'autres encore. Un certain nombre d'étudiantes se sont déjà fait inscrire. Le local est spacieux dans le jardin attenant aux salles des cours, il est question d'installer une salle de dissection.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris pendant l'année 1874.

282. Hahn. Des complications qui peuvent se présenter du côté du système nerveux dans la phthisie pulmonaire chronique.

283. Guerchoux. Essai sur la compression broncho-trachéale.

284. André. Considérations sur l'ulcère simple de la jambe.

285. Poncet. De l'ictère hématique traumatique.

286. Haultcœur. De l'emphysème par ruptures des voies aériennes pendant les efforts de l'accouchement.

287. Benoni Ficheux. Causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse.

288. Fontan. Etude sur un cas de plaie de la moelle.

289. Démasure. Essai sur la cataracte traumatique.

290. Mora. Etude clinique sur quelques complications de la pleurésie.

291. Chailloux. Quelques considérations sur les fractures du larynx consécutives à la strangulation et à la pendaison.

292. Louis. De l'hypertrophie de la prostate, ses dangers dans la lithotritie.

293. Symoneaux. Considérations sur l'érythème papuleux.

294. Vadi. De la mort rapide par thrombose cardiaque dans le rhumatisme articulaire aigu.

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — *Du* 19 *au* 26 *février*, on a constaté 1,086 décès, savoir : variole, 2 décès; rougeole, 7; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 18; érysipèle, 3; bronchite

aiguë, 64; pneumonie, 135; dysentérie, 0; diarrhée cholériforme des enfants, 5; choléra infantile, 0; choléra nostras, 0; angine couenneuse, 8; croup, 12; affections puerpérales, 8; affections aiguës, 289; affections chroniques, 490 (dont 182 dus à la phthisie pulmonaire); aflections chirurgicales, 31; causes accidentelles, 13.

Du 26 *février au* 5 *mars*, 1,039 décès ainsi répartis : variole, 4; rougeole, 9; scarlatine, 0; fièvre typhoïde, 21; érysipèle, 7; bronchite aiguë, 80; pneumonie, 120; dysentérie, 0; diarrhée cholériforme des enfants, 1; choléra infantile, 0; choléra nostras, 0; angine couenneuse, 4; croup, 16; affections puerpuérales, 12; affections aiguës, 263; affections chroniques, 448 (dont 188 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 37; causes accidentelles, 17.

Nécrologie. — M. Mony, jeune docteur qui venait de passer sa thèse et de se fixer à Moulins, est mort d'une fièvre typhoïde qu'il avait contractée pendant les derniers temps de son séjour à Paris.

M. le docteur Fabre, conseiller général de l'Hérault, medécin à Gignac.

M. le docteur Armand Trastour (de Montaigu), ancien président du conseil général de la Vendée.

M. Joussaume-Latour, né à Montreuil-aux-Lions (Aisne), reçu officier de santé en 1819, exerça la médecine pendant un demi-siècle à Chateau-Thierry, où il est mort le 14 février.

M. le docteur Boucher, professeur de pathologie médicale à l'École de médecine et de pharmacie de Dijon, mort le 6 janvier 1875, âgé de 63 ans.

Mansier (Amédée), médecin à Gannat, âgé de 54 ans, mort subitement dans une chute à la renverse, pendant qu'il était en train de jouer avec des enfants à rouler de grosses masses de neige.

Monfalcon (J. B.), docteur en médecine de la Faculté de Paris (1818), mort à Lyon, âgé de 82 ans.

Thouret, docteur en médecine, 1836, mort à Beauvais.

Buard, docteur, mort à Fontiroux (Lot-et-Garonne).

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Adrien Delahaye, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Lésions tertiaires de l'anus et du rectum, syphitôme ano-rectal, rétrécissement syphilitique du rectum. Leçons professées à l'hopital de Lourcine, par le docteur Alfred Fournier, recueillies et rédigées par Ch. Porak, interne des hôpitaux. In-8°, 2 fr.

Traité des opérations d'urgence, par Louis Thomas, professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Tours, précédé d'une introduction et revu par le professeur Verneuil, ouvrage accompagné de 62 figures, dont 19 coloriées. 1 volume in-12, Prix, 7 fr. 50.

Des névroses diathésiques ou les maladies nerveuses dans leurs rapports avec le rhumatisme, la goutte, les dartres, la syphilis, le cancer, la scrofule, etc., par le docteur P. Berthier, inspecteur adjoint des asiles d'aliénés de la Seine, médecin expert près le tribunal, etc. 1 vol. in-8° 5 fr.

G. Masson, libraire de l'Académie de médecine, place de l'École-de-Médecine, 17.

Guérit-on la phthisie et par quels moyens? par le docteur Raoul Le Roy, médecin de la station thermale des Eaux-Bonnes. 1 vol. in-8° de 186 pages, 5 francs.

Librairie Reinwald, 15, rue des Sts-Pères.

Traité d'analyse zoochimique du professeur Gorup-Besanez, traduit sur la vieille édition allemande et augmenté par le docteur L. Gautier, avec 128 figures dans le texte. Prix, 12 fr. 50.

Le rédacteur en chef-gérant,
HAMON DE FRESNAY.

N° 7. — 1er AVRIL 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

CHRONIQUE

S'il est facile de voter une loi, il n'est pas toujours aussi facile de la faire appliquer. — Un nouvau nom à ajouter au martyrologe du corps médical. — La crémation des morts en Angleterre. — Les médecins du Puy-de-Dôme et les sociétés de secours mutuels.

S'il est facile d'édicter des lois, il est, parfois, plus difficile de les faire appliquer. C'est ce qui a lieu en ce moment pour l'école de médecine de Bordeaux, érigée en faculté, par le vote du 8 septembre dernier de l'Assemblée nationale.

Pour subvenir aux frais de la nouvelle faculté, l'édilité Bordelaise a dû s'imposer des sacrifices. De peur, toutefois, de grever outre mesure le budget de la ville, elle avait pensé à restreindre le personnel du corps enseignant, et à procéder avec une sage économie dans l'installation du matériel, réduit à l'indispensable. Telle n'a pas été la manière de voir du ministre, qui ne se montre nullement partisan des demi-mesures ni du provisoire. Il semble donc décidé à laisser les choses telles quelles, ou à exiger l'installation immédiate de la nouvelle faculté, pourvue de tous les éléments jugés indispensables.

Or, lorsque l'on considère que la dépense évaluée approximativement par M. le ministre, s'élève à la somme annuelle de 244.600 fr., comme il est bien évident que le nombre des élèves sera fort insuffisant pour couvrir de tels frais, il est à craindre que le conseil municipal ne recule devant une aussi lourde charge.

* *
*

Il y a quelques années un externe contractait la variole en donnant volontairement des soins à des malades placés dans le service de M. Bouillaud, et succombait quelques jours après à la maison municipale de santé. Un nouveau coup vient de frapper le corps médical dans la personne de M. Vallerian, interne distingué des hôpitaux, qui vient de payer à son tour l'impôt fatal à cette funeste affection. Ce nouveau malheur eût, sans doute, été évité, si ce malheureux jeune homme se fût soumis à la revaccination. Quand donc nous pénétrerons-nous de l'importance d'un moyen prophylactique aussi facile à mettre en usage ?

* *
*

La crémation des morts est toujours à l'ordre du jour, non pas en France, où les idées ne germent pas si vite, mais à l'étranger, qui semble, hélas ! de plus en plus nous distancer dans la voie du progrès.

Il vient de se former en Angleterre, sous le patronage de sir Henry Tompson, des docteurs Berkaly, Spencer Well, Hill, etc., une vaste association ayant pour titre: *Cremation society*. Les membres qui la composent, désapprouvant l'usage de l'inhumation des morts, désirent lui substituer un autre mode ayant pour but de détruire les éléments constituants des cadavres, sans s'exposer à altérer la santé des vivants. En attendant une meilleure méthode, cette société propose l'usage de la crémation.

Divers moyens de crémation ont déjà été présentés jusqu'ici. M. Polli, de Milan, emploie à cet effet le gaz à éclairage. Le Dr Brunetty, de Padoue, réduit un cadavre en cendre, en faisant brûler 75 kilog. de bois. Les fourneaux à réverbère de Tompson consument, sans aucune odeur, sans fumée, un corps présentant un poids de 125 kilog. dans le court espace de 55 minutes. Le résidu du corps ainsi cinérisé se réduit à 2 kilog. 500 gr.

On a peine à comprendre comment une telle pratique n'est pas accueillie avec la plus grande faveur. Indépendamment de la question d'économie, qui a bien son importance, ne voit-on pas tous les avantages d'un tel mode, au point de vue de l'hygiène publique, comme à celui du respect pour les restes de ceux qui ne sont plus?

La pratique de l'inhumation n'a-t-elle pas quelque chose d'horrible, dont la pensée suffit pour donner le frisson? Voir, dans l'imagination, sa propre dépouille enfouie à cinq pieds sous terre, livrée en pâture à tous les éléments de la putréfaction, entrevoir la possibilité même d'une inhumation prématurée : qui de nous, à une telle perspective, n'a senti plus d'une fois ses cheveux se hérisser sur la tête?

Combien moins cruelle serait l'idée de la mort, si elle faisait surgir dans notre esprit de moins affreux tableaux? Combien ne serait-il pas plus doux de conserver, sous notre toit, les restes des êtres qui nous ont été si chers? Quel allégement pour notre esprit d'écarter l'horrible pensée de la décomposition cadavérique, pour lui substituer la pratique de la cinération avec sa poétique auréole?

La crémation des corps présente de tels avantages que, nous n'en doutons pas, elle ne tarderait pas à passer dans nos mœurs, si elle ne présentait un inconvénient qui suffira, sans doute, pour en faire proscrire l'emploi. Un tel mode rendrait impossibles les recherches médico-légales tardives. Les poisons végétaux ne pourraient pas être constatés dans le résidu de l'incinération. Les Lapommeraye auraient beau jeu.....

* *
*

Nous signalions, dans notre dernier numéro, les envahissement des sociétés de secours mutuels, et nous déplorions les tristes fruits qui en résultent, au double point de vue de nos intérêts matériels et de notre dignité professionnelle. La Société du Puy-de-Dôme, désireuse de mettre fin à cette véritable exploitation, vient de soumettre à l'acceptation de tous ses membres l'article réglementaire suivant :

« Tous les médecins de la Société locale du Puy-de-Dôme devront prendre l'engagement d'honneur de refuser leur concours aux sociétés de secours mutuels qui paient un prix de moins d'un franc pour chaque visite dans la localité où habite le médecin traitant.

» Les visites de nuit seront payées au moins deux francs. »

Que tous les médecins des sociétés imitent cet exemple, et tout en améliorant leurs ressources budgétaires, ils verront s'accroître leur prestige, l'espèce humaine, par nature, étant portée à estimer un service en raison directe du prix auquel il est coté.

Dr F. Randon.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

—

HOPITAL St-ANTOINE.

Service de M. le Dr Benj. Anger.

1°. Affections des os. — Amputations.

a. Fracture du bras. — *Attelles en toile métallique.* — Dans les solutions de continuité du corps de l'os, ce chirurgien fait souvent usage, pour la contention des fragments, des *attelles en toile métallique* A B C représentées dans la nouvelle édition de Nélaton (t. II, page 181) V. fig. 1. — Ces attelles, malléables, à mailles plus ou moins serrées et au nombre de trois (externe, antéro-interne, postéro-externe) constituent un appareil dont l'ensemble, en effet, est d'une grande simplicité et d'une application très-facile. Les principaux avantages qu'elles présentent sont : le bon marché, la légèreté, la résistance et la propriété de se mouler aisément sur la configuration du membre. De plus, le chirurgien peut les façonner à sa fantaisie et les approprier à la forme de la région sur laquelle il veut les appliquer, en leur donnant par la pression des mains, diverses courbures analogues à celles des membres qu'elles sont destinées à contenir.

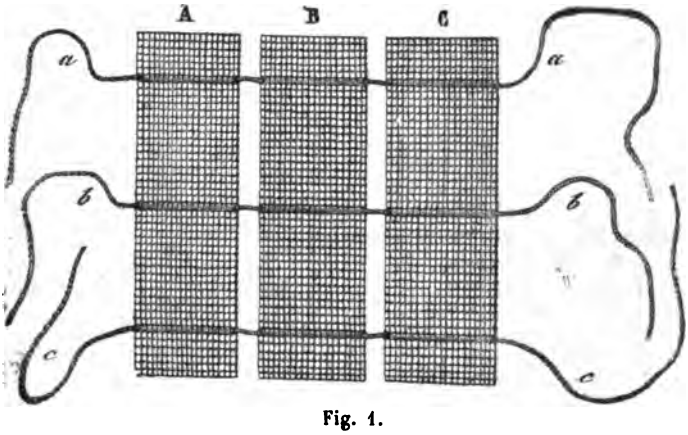


Fig. 1.

Ce modelage est d'autant plus commode à obtenir qu'on le pratique d'abord sur le membre sain. — Trois lacs *a.b.c.* ou courroies, qui réunissent ces attelles en traversant chacune d'elles au voisinage des bords, suffisent pour les fixer autour du bras qui est préalablement entouré d'une bonne couche d'ouate.

Dès le premier jour de leur application, le malade peut se lever et marcher sans craindre de nuire à la contention des fragments. — Ces attelles, qui ont été employées déjà il y a longtemps par Laforgue et Merchie, ne s'appliquent pas seulement aux fractures simples, mais elles peuvent également servir pour les solutions de continuité par armes à feu : il est facile de les serrer ou de les desserrer à volonté, de les enlever ou les remettre rapidement, d'y produire des fenêtres au besoin, etc. M. Sarazin (*Gaz. méd. de Strasboug*, 1 févr. 1873, n° 9) a décrit, pour le même usage, un *système d'appareils modelés en toile métallique* qu'il a présenté en 1872 à la Société de chirurgie : chacun d'eux est composé de deux ou trois valves en toile métallique, clouées ou fixées à charnière sur une attelle rigide garnie de courroies bouclées et d'une épaisse couche d'ouate enveloppant le membre. — Cet ensemble, toutefois, est un peu plus compliqué que celui des attelles que nous venons de décrire.

b. Résection de l'humérus (partie moyenne). — *Section préalable de l'os.* — *Résection des deux bouts après dissection.* —

Dans le but de faciliter les temps de cette opération toujours laborieuse, d'en augmenter la sécurité et d'éviter de se servir d'instruments complexes (scie à main, ostéotôme de Heine, etc.) qu'il n'est pas toujours aisé de manier, M. B. Anger a l'habitude d'avoir recours au mode opératoire suivant : c'est toujours du reste à la partie externe du bras, lieu d'élection, qu'il commence à pratiquer l'incision et plus spécialement entre le bord externe du brachial antérieur et celui du triceps. — Cette incision, qui va jusqu'au squelette, n'a pas besoin d'avoir une grande étendue, de 3 à 6 cent. au plus. — Une fois l'os dénudé, il pratique avec une scie à chaîne la section humérale, au milieu même du segment qui doit être réséqué, puis il fléchit les deux moitiés du membre de manière à permettre l'issue d'un premier fragment qui est disséqué, saisi fortement avec un davier ou une tenaille et réséqué avec une scie ordinaire jusqu'à la limite du mal : il en fait de même pour l'autre fragment : cette manière de procéder limite singulièrement le traumatisme chirurgical produit, en rendant plus facile et plus complète la dissection des parties molles attenantes au squelette.

c. Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — *Attelle postérieure.* — Après avoir pratiqué la réduction plus particulièrement par la méthode de Velpeau, c'est-à-dire en fléchissant fortement le poignet, après avoir mis l'avant-bras blessé dans la

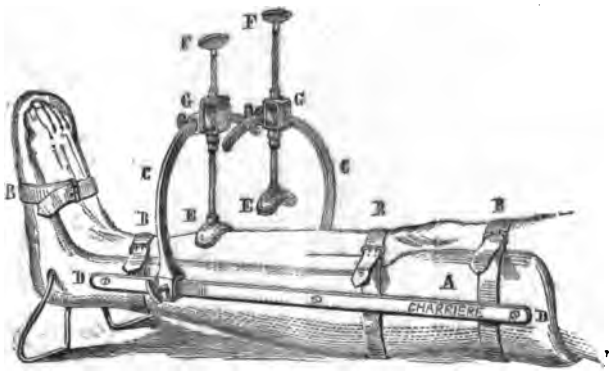


Fig. 2.

pronation, il applique soit l'appareil dextriné, soit celui à deux attelles de Nélaton (le postérieur descendant plus bas). — M. Anger a simplifié encore ce dernier moyen : il supprime l'attelle antérieure et réduit l'appareil à une *simple attelle postérieure* pressant sur le fragment inférieur seulement par l'intermédiaire d'une petite pelote bien rembourrée. Ce chirurgien pense que la roideur consécutive à l'application trop prolongée d'un appareil quelconque est due à l'arthrite sèche du poignet.

d. Fracture de jambe. — *Appareil à pression limitée alternative ou intermittente.* — On sait quelles grandes difficultés le chirurgien éprouve, dans certaines fractures obliques de la jambe, à maintenir les fragments en place : ce déplacement incessant constitue, sans contredit, une complication des plus fâcheuses, car la compression, qui s'exerce de dedans en dehors par l'un de ces fragments sur la face profonde des téguments, peut en déterminer l'ulcération et la mortification, et par conséquent, convertir une fracture simple en une autre *composée* dont la gravité est incomparablement plus grande.

Dans le traitement de ces sortes de fractures à coaptation si difficile à maintenir, on a proposé l'appareil de Laugier (tourniquet de J.-L. Petit surajouté à l'appareil ordinaire), l'appareil de Denonvilliers ou *pointe de coton* (tampon d'ouate maintenu à l'aide de bandelettes de diachylum), la pelote

du bandage herniaire, l'appareil de Malgaigne (arc métallique, vis terminée par une pointe qui s'enfonce dans le fragment déplacé).

M. B. Anger a fait construire par Charrière, pour triompher du déplacement incessant et de la saillie des fragments, un ingénieux appareil (fig. 2.) fondé sur les mêmes principes que les compresseurs employés pour les anévrysmes, et qu'il a désigné sous le nom *d'appareil à pression limitée alternative ou intermittente.*

Ce dernier a été présenté à l'Académie de médecine en mai 1865 et se compose d'une gouttière A, solide et matelassée (gouttière de Mayor) dans laquelle le membre se trouve bien fixé et qui remonte très-haut de manière à immobiliser le genou, condition essentielle sans laquelle on ne peut espérer mettre au repos les muscles postérieurs du membre dont la contraction spasmodique est la cause principale du déplacement angulaire des fragments osseux. De chaque côté de cette gouttière est adaptée une tringle plate, D D, sur laquelle glissent deux demi-arcs, C C, légers, en acier trempé, en ressort : ces deux arcs s'élèvent de chaque côté de la gouttière et sont ramenés au-dessus de la saillie du fragment. Chacun d'eux porte une tige métallique verticale, F F, à vis, G G, qui se termine par une plaque métallique rembourrée, EE, ou pelote légèrement concave, articulée, et sous quelques points, analogue au bandage herniaire : cette pelote peut s'appuyer sur la saillie du fragment *par une certaine surface* : c'est là, en somme, la pression élastique imaginée par Charrière fils.

Grâce à cet appareil, il est facile d'appliquer une pression intermittente sur le squelette, c'est-à-dire comprimer alternativement avec l'une des pelotes et relâcher l'autre, puis vice-versâ, de façon à éviter la mortification des téguments. — Les pelotes ne fonctionnent donc pas en même temps : l'une d'elles s'applique par exemple sur la pointe du fragment ou un peu au-dessus et y reste un temps variable qui est déterminé par le chirurgien, suivant l'état du membre blessé : les douleurs commencent-elles au niveau du point comprimé, au moment où cette pression menace d'être fatale, on applique la seconde pelote sur un point plus élevé, et la première est immédiatement relâchée et ainsi de suite.

e. Amputation de jambe. — Sus-malléolaire. — *Méthode de Lenoir.* — M. B. Anger emploie la méthode hémostatique d'Esmarch et pratique de préférence l'amputation circulaire modifiée par Lenoir. Il croit que malgré les ulcérations fréquentes dont le moignon est souvent le siége après l'amputation sus-malléolaire et malgré les difficultés parfois très-grandes de la prothèse, on doit avoir principalement en vue la gravité moindre de cette opération et la préférer, toutes les fois qu'elle est réalisable, à l'amputation faite au lieu d'élection. Il divise circulairement les téguments à 4 cent. au moins, au-dessus du niveau où doit se faire la section osseuse et fait tomber sur cette circulaire une incision verticale de 5 cent. située sur la face interne du tibia et près de son bord tranchant. Les deux angles sont disséqués et relevés, puis l'opérateur, se plaçant au côté interne du membre, sectionne en portant le couteau d'abord en dehors puis en arrière, enfin en dedans, tous les tissus musculaires et tendineux, suivant l'obliquité qui est représentée par la direction de la manchette précédente. La crête du tibia est abattue. M. Anger fait souvent en ce cas usage du pansement ouaté.

Nous préférerions la méthode à deux lambeaux, l'un antérieur plus petit, l'autre plus grand, postérieur, reportant plus en avant la cicatrice qui, dans le procédé de Lenoir, se trouve toujours située à l'extremité du moignon. Dans la taille de ces deux lambeaux, on doit éviter d'avoir recours à la transfixion, mais il est bien préférable de les dessiner et de les disséquer avec soin de l'extérieur vers l'intérieur, de manière à ce qu'ils soient convenablement fournis.

f. Pseudarthrose. — *Résection, pénétration des fragments.* — M. B. Anger ne croit pas beaucoup à l'efficacité du frottement des deux fragments osseux l'un contre l'autre, ni à celle de l'emploi des vésicatoires, des aiguilles à acupuncture, de

l'électropuncture, etc., toutes méthodes qui ont pour but de réveiller la vitalité de ces fragments et d'y déterminer une inflammation ayant pour résultat définitif le cal. En raison de l'état fibreux de tous les tissus périphériques, il pense qu'il est indiqué, le plus souvent, de pratiquer une *résection* quand la pseudarthrose est ancienne et a échoué devant les divers moyens précédents. Se fondant sur ce principe que ce sont les fractures du squelette par pénétration qui se consolident le mieux, il est d'avis que le meilleur moyen de provoquer la formation d'un cal solide est d'imiter la production d'une fracture par enfoncement.

Voici comment il conseillerait d'opérer : après avoir incisé les téguments, donné issue aux fragments et procédé à leur avivement, on taille dans l'inférieur un petit lambeau *qu'on enfonce dans le canal* médullaire du fragment supérieur de manière à avoir comme résultat une fracture par pénétration.

Quoi qu'il en soit, une telle opération est très-grave, car elle a pour résultat une fracture exposée des plus sérieuses; de plus elle laisserait, pour la cuisse en particulier, un raccourcissement considérable; il nous semble donc qu'on ne pourrait y être autorisé qu'en désespoir de cause et après avoir tenté et même répété bien des fois les autres moyens que nous avons à notre disposition.

2° Affections des vaisseaux.

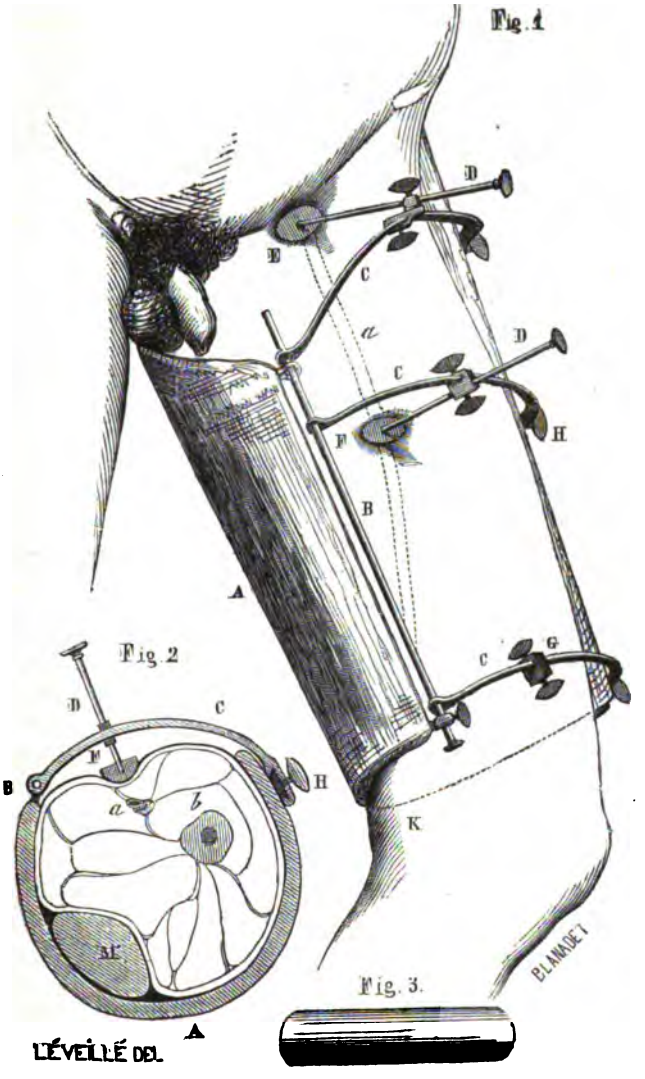
a. Blessure de l'artère radiale. — *Ligature des deux bouts dans la plaie.* — Si pour conjurer momentanément l'hémorrhagie on peut avoir recours à la compression soit directe, soit indirecte au-dessus et au-dessous du point lésé, il ne faut pas considérer ce moyen comme une méthode définitive, et on doit toujours au moins tenter la ligature des deux bouts du vaisseau dans la plaie, qu'elle soit récente ou ancienne. Si on ne peut trouver et lier qu'un des deux bouts, on installera pendant un certain temps la compression sur celui qui a échappé. Dans ces cas, l'emploi de la bande d'Esmarch ne trouve pas toujours une utile application, car, dans ces recherches difficiles et minutieuses, le chirurgien est souvent aidé par l'issue du sang qui le met immédiatement sur la voie de la position du vaisseau.

b. Anévrysme poplité. — *Compresseur fémorale.* — M. B. Anger a imaginé un appareil (Voir fig. 3.) construit par Robert et Collin et destiné à interrompre le cours du sang dans l'artère femorale en cas d'anévrysme poplité. Cet appareil, qui peut également servir pour les deux côtés, se compose d'une grande gouttière A, embrassant la face postérieure de la cuisse dans toute sa longueur. Cette gouttière est munie de deux tringles en acier B mobiles, mais pouvant être fixées par un écrou attenant à l'angle inférieur de la gouttière. Le long de ces tringles glissent à volonté trois demi-arcs métalliques, C. C.C, dont deux supportent deux tiges verticales et mobiles D.D, qui passent chacune dans un écrou mobile sur l'arc d'acier, et peuvent s'incliner à volonté et être fixées par cet écrou. A l'extrémité inférieure de chacune de ces tiges se trouve disposée une pelote, E.E, non pourvue, comme dans d'autres appareils analogues, d'un système élastique destiné à soutenir la compression. Afin que cette compression soit aussi efficace que possible et ferme hermétiquement le calibre de l'artère, on introduit entre la gouttière et la face postéro-interne de la cuisse, un rouleau à peu près cylindrique (3 et 2M.) sur lequel cette partie du membre prend un point d'appui solide. La coupe du membre entouré de son appareil (2, fig. 3.) montre parfaitement comment les masses charnues comprises entre la pelote d'une part et le rouleau M de l'autre ne peuvent fuir, ce qui permet un accolement plus complet des parois du vaisseau artériel, *a*, l'une contre l'autre. Grâce à la mobilité des arcs, les pelotes compriment à volonté le vaisseau sur un point quelconque de son trajet. Il suffit du reste de jeter un coup d'œil sur la figure pour bien saisir le mécanisme de cet appareil qui a été employé, avec succès, pour un anévrysme poplité dans le service du professeur Velpeau.

3° Plaies des tendons. — Hétéroplastie.

a. Plaies des tendons.— *Tenorrhaphie.* —Pour les solutions de continuité récentes les sutures tendineuses doivent évidemment être toujours effectuées; de plus, M. B. Anger croit (et il appuie cette assertion sur un fait nouvellement observé dans son service) que pour les *sections anciennes* des tendons, il y a lieu de tenter une opération. On pourrait, selon lui, sinon pratiquer l'accolement des extrémités tendineuses (ce qui est trop difficile à réaliser d'une façon complète) du moins les rapprocher assez pour qu'il se fasse, comme dans les ténotomies ordinaires, un bourgeonnement des tissus intermédiaires : ce travail suffit à la soudure ou plutôt à la réunion, à distance, des deux bouts du tendon, et par conséquent, au rétablissement au moins partiel du jeu de ces organes locomoteurs. — Dans l'observation qu'il a rapportée dans la *Gazette des hôpi-*

FIG. 3.



taux du 16 février 1875, il y avait eu section des tendons extenseur commun et extenseur propre du petit doigt, 6 mois auparavant. Leurs extrémités étaient écartées d'environ 6 centimètres et adhérentes au tissu fibreux cicatriciel. Il incisa, isola les tendons, passa dans leur épaisseur un fil d'argent et, étendant forcément la main sur une palette, il réduisit l'intervalle qui séparait ces extrémités à 2 centimètres — fils noués, pansement aromatique dont ce chirurgien fait grand usage dans ses salles. — Les tendons furent réunis à distance, et cependant les doigts avaient recouvré, bien que d'une manière incomplète, leurs mouvements d'extension.

Il est bien entendu que, dans ces cas, l'avivement ne peut avoir qu'un bien faible avantage puisque les extrémités tendineuses ne se juxtaposent pas d'une façon immédiate.

b. Ulcérations rebelles. — *Greffes dermiques et épidermiques.* — *Greffes hétéroplastiques* : M. B. Anger emploie fréquemment dans son service les greffes appliquées sur d'anciens ulcères dont la cicatrisation est trop lente, ou sur les larges plaies résultant de brûlures étendues. — Greffes dermiques, greffes dermo-épidermiques, auto-hétéroplastiques pratiquées d'abord par M. L. Lefort (1869-70) (Voir notre Répertoire du 1er juillet 1874), puis par M. Ollier, et qui paraissent avoir de grands avantages, surtout pour l'anaplastie des paupières.

M. Anger a appliqué également (Acad. des sciences, nov. 1874) les *greffes* véritablement *hétéroplastiques* dont parle M. Lefort dans sa nouvelle édition de la médecine opératoire de Malgaigne, quand il dit : « Ce qui mérite surtout à cette méthode » le nom d'hétéroplastique, c'est que dans » les grands hôpitaux où les amputations » sont fréquentes on pourrait, lorsqu'il se» rait besoin d'un large lambeau hété» roplastique, l'emprunter à un autre » malade au moment où l'on vient de lui » pratiquer l'amputation du membre ; ces » opérations, rarement urgentes, pouvant » être différées jusqu'au jour où l'amputa» tion doit être pratiquée. » C'est ce que M. Anger vient de faire avec succès.

Il s'agissait d'une plaie résultant de brûlure : des greffes cutanées hétéroplasques *prises sur la face palmaire d'un doigt amputé* et comprenant toute l'épaisseur de la peau furent appliquées et maintenues par du diachylon sur l'ulcère : ces greffes avaient de 1 à 2 centimètres de circonférence; trois jours après, elles étaient intimement unies à la surface ulcérée et manifestement vascularisées. Il a également réussi dans l'application des greffes analogues sur la solution de continuité qu'avait déterminée l'ablation d'une tumeur des lombes et enfin dans un cas de circoncision.

Dans cette opération, il faut s'attacher à ce que les tissus du membre amputé, auquel sont empruntées les greffes, aient gardé encore une certaine température, et pour cela, il est indispensable d'amputer le sujet à côté de celui que l'on veut greffer.

Dans la communication qu'il a faite à l'Académie des sciences, ce chirurgien a insisté avec beaucoup de raison sur la grande attention que l'on doit apporter à la recherche des états diathésiques qui pourraient exister chez les sujets qui fournissent les greffes. — Cette méthode qui certes ne peut guère trouver son application que dans les hôpitaux, nous semblerait en tout cas préférable à cette autre hétéroplastie consistant à emprunter un lambeau à une muqueuse ou à la peau d'un animal, comme l'a fait M. Houzé de l'Aulmont. Nous avons vu M. Dubrueil pratiquer une de ces *hétéroplasties animales* (téguments du chien) sur une vieille femme et pour une blépharoplastie et nous avons constaté non-seulement une desquammation du revêtement épidermique, mais une résorption presque complète du lambeau greffé, de sorte qu'après la cicatrisation, l'ectropion s'était en grande partie reproduit.

4° Trachéotomie.

Trachéotomie. — *Trachéotome dilatateur.* — Inciser la trachée et dilater, tels sont les deux temps qui se pratiquent à la fois avec un seul instrument, *le trachéo-*

tome dilatateur construit par M. Collin, présenté récemment à l'Académie de médecine et qui n'est, à proprement parler, que le dilatateur à 3 branches de M. le Dr Laborde dans lequel M. B. Anger a transformé (V. fig. 4) la lame médiane en lame tranchante dont la pointe dépasse d'un demi-centimètre les deux branches latérales. Le chirurgien, après avoir fixé la trachée entre deux doigts, fait pénétrer aisément dans son intérieur l'instrument par sa pointe, en appuyant légèrement l'index sur le dos de l'instrument, grâce à une crémaillère dont les branches sont pourvues, il incise les anneaux du conduit aérien sur la ligne médiane et dilate l'ouverture ; cet écartement restant permanente, on peut introduire la canule avec facilité ;—bon instrument, surtout applicable dans les cas où, l'asphyxie étant imminente, il faut se hâter de pénétrer dans les voies aériennes : mais nous ne croyons pas qu'il puisse remplacer, dans tous les cas, le bistouri à l'aide duquel on agit toujours avec plus de sécurité.

Dr GILLETTE.

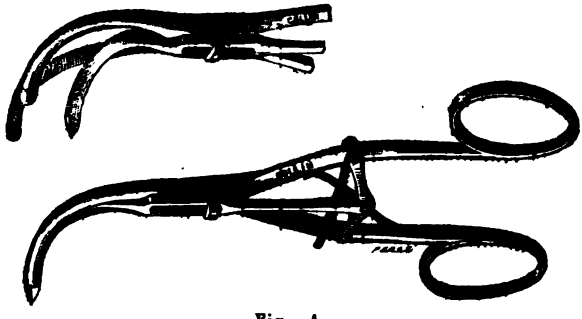


Fig. 4.

HOPITAL DE LA CHARITÉ

Service de clinique médicale de M. le Dr Hayem, agrégé.

A la suite de cas assez nombreux de fièvre typhoïde traités à l'hôpital de la Charité, plusieurs infirmiers ont été eux-mêmes atteints de cette affection. Sans attribuer ici cette fréquence à la contagion directe, il est certain que les infirmiers réunissent toutes les conditions favorables pour en être plus fréquemment atteints que des personnes étrangères aux services hospitaliers.

Quelques-unes des fièvres typhoïdes ont présenté des complications pulmonaires assez marquées dès le début pour masquer, pour ainsi dire, la fièvre typhoïde elle-même. Dans ces cas la prostration et l'élévation de la température sont quelquefois au début les seuls signes qui puissent mettre sur la voie du diagnostic.

Les fièvres typhoïdes sont accompagnées de catarrhe bronchique et de congestion pulmonaire vers le quatrième ou le cinquième jour de la maladie. Ordinairement bornée à du catarrhe des grosses bronches, dans quelques cas la propagation se fait aux petites bronches ; il survient alors du catarrhe suffocant et plus tard de la bronchite capillaire. A l'autopsie un certain nombre de lobules sont à l'état fœtal. Dans toutes ces complications, M. Woillez fait jouer un très-grand rôle à la congestion.

La pneumonie hypostatique se voit vers le troisième septenaire et est caractérisée par de la dyspnée et de la submatité aux deux bases.

Dans quelques cas il survient des pneumonies lobaires franches, leur début ordinaire est du 14e au 16e jour de la maladie. Cette pneumonie est ordinairement unilatérale, et présente tous les signes caractéristiques des pneumonies à l'exception toutefois des crachats. La marche est la même que chez un individu en bonne santé ; le pronostic n'est pas défavorable si le malade n'est pas débilité ; toutefois la résorption

des exsudats se fait plus lentement. La pleurésie est le plus ordinairement consécutive à une pneumonie ou à une bronchite capillaire, dans quelques cas cependant elle peut être primitive.

Dans les pneumonies franches, le traitement consistera en application de ventouses scarrifiées ou d'un vésicatoire. En même temps faire prendre au malade la potion suivante :

Julep gommeux.	125 grammes.
Kermès.	35 centigr.
Teinture de digitale. .	25 gouttes.

Par cuillerées à bouche dans les 24 heures.

Il faut éviter de donner le tartre stibié qui pourrait provoquer du collapsus.

Quelques-unes des fièvres typhoïdes du service ont présenté, comme complication, de véritables myosités localisées avec hémorrhagies d'intensité variable. Ces accidents sont caractérisés au début par une douleur très-vive dans la masse musculaire atteinte avec hyperesthésie cutanée et teinte ecchymotique, ainsi que de l'empâtement des parties profondes. Cette complication n'est pas spéciale à la fièvre typhoïde, et elle peut se montrer dans toutes les affections dyscrasiques aiguës avec altération rapide du sang. Lorsqu'il n'y a que des ecchymoses la résorption se fait, mais lorsque la quantité de sang épanché est plus considérable, il peut se former des abcès. Leur lieu d'élection le plus ordinaire est dans les grands muscles abdominaux. Cette complication n'est pas exclusive aux cas graves.

Traitement. — Il doit s'adresser simultanément à l'état général du sujet qu'il est important de relever par de fortes doses d'extrait mou de quinquina, ainsi que par les autres toniques ; et à l'état de la partie atteinte de cette complication qu'il faut recouvrir de cataplasmes laudanisés. Aussitôt que l'on peut percevoir la fluctuation, il ne faut pas hésiter à pratiquer aussitôt une assez large incision.

Considération sur le traitement de la fièvre typhoïde. — Depuis quelque temps, pour abaisser la température des malades atteints de fièvre typhoïde, M. Hayem a recours à l'ergot de seigle. Les résultats qu'il a obtenus par cette médication ont été beaucoup plus favorables que ceux obtenus antérieurement par le sulfate de quinine et la digitale.

Voici les conclusions que la comparaison des courbes thermométriques des différents traitements lui a permis de formuler.

Sous l'influence de l'ergot de seigle, il y a une défervescence beaucoup plus rapide, et à la période de l'*acmé*, au lieu des exacerbations, il y a quelques plateaux.

Sous l'influence de l'ergot de seigle donné seulement le jour, la température du soir était moins forte que celle du matin.

La dose à employer est de :

Seigle ergoté fraîchement pulvérisé, 2 grammes à 3 gr. 50.

En trois fois par jour.

Broncho-pneumonie. — Au début de l'affection, faire vomir avec un éméto-cathartique et vésicatoire au point douloureux.

Ensuite potion kermétisée à 30 ou 40 centigrammes et tisane pectorale.

Hémiplégie. — L'hémiplégie peut débuter de quatre manières différentes :

1° Début brusque et sans que le malade ait pu en être prévenu par aucun symptôme.

2° Début avec prodrome (fourmillement, lassitude, céphalalgie, insomnie, quelquefois un peu de délire ou des vomissements); puis après deux ou trois jours de cet état de malaise général, l'hémiplégie survient brusquement.

3° Début lent, la paralysie n'est d'abord sensible qu'à la jambe, puis elle semble monter progressivement de la jambe à la face.

4° Le début peut avoir lieu par poussées successives.

Quelle que soit la variété du début et l'intensité de l'affection, la paralysie est généralement moins marquée et dure moins longtemps à la jambe qu'au membre supérieur et à la face. Dans la plupart des cas, il

n'y a rien de particulier du côté des yeux, l'orbiculaire n'est pas paralysé (ce qui a lieu au contraire dans la paralysie faciale d'origine périphérique) et les pupilles ne sont pas inégales. Dans quelques cas, il y a déviation conjuguée des yeux, et cette déviation a lieu du côté opposé à la paralysie.

Pendant l'attaque il se produit un abaissement de température du côté paralysé; au bout de quelque temps, la température remonte, mais si elle atteint les chiffres de 39 et surtout 40 degrés, le pronostic est grave et les malades doivent succomber dans un délai assez rapproché.

De même que dans les myélites centrales, lorsqu'il se produit rapidement un eschare à la région fessière du côté paralysé, on doit s'attendre à une mort prochaine.

La contracture secondaire à l'hémiplégie survient cinq à six semaines après l'attaque, elle est occasionnée par le développement d'encéphalite autour du foyer hémorrhagique. Son début est souvent annoncé par du délire, des vomissements, puis surviennent les douleurs et la contracture qui est plus tardive et moins prononcée à la jambe qu'à la main.

Lorsque l'on voit pour la première fois un malade atteint de contracture de la face; on peut, si l'on n'est pas prévenu, penser à une paralysie du côté opposé. C'est une erreur qui a été commise et contre laquelle il est bon de se tenir en garde.

Dr A. CADIER.

OBSTÉTRIQUE.

Sur les principaux agents de dilatation de l'orifice cervical de l'utérus (1).

§ 8. *Dilatateur de Verrier.* — C'est le même instrument simplifié, et mis à la portée de toutes les bourses (son prix n'est que de 2 fr. 50). Il est constitué par un simple tube de caoutchouc terminé par une partie fort amincie, constituant l'ampoule dilatatrice. L'injection se fait avec la seringue. Pour maintenir le liquide injecté, il suffit de replier le tube vers sa partie terminale, et de le fixer à l'aide de quelques tours de fil.

Le mandrin conducteur, fil de fer ou baleine, au lieu de prendre un point d'appui à la partie externe de l'ampoule, comme dans le dilatateur de Tarnier, vient se fixer dans une petite ampoule résistante, disposée à cet effet à la partie supérieure et interne de ladite ampoule.

Cet instrument, par son faible volume, est plus facile à mettre en œuvre que ceux de Barnes, de Tarnier, etc., lorsque la cavité cervicale affecte un faible degré de dilatation. Il a le même inconvénient que ce dernier : il éclate avec une grande facilité. On ne peut donc compter sur cet agent de dilatation qu'à la condition d'en être largement pourvu.

§ 9. *Dilatateur de Barnes.* — Barnes a modifié, ainsi qu'il suit, son premier dilatateur (1). Il a rétréci l'ampoule à sa partie moyenne, de manière à lui faire affecter la forme d'un violon. Cette partie rétrécie, selon l'accoucheur Anglais, doit correspondre au col, qu'elle dilate directement en exerçant sur lui une compression excentrique. Les deux extrémités plus larges doivent, à son point de vue, maintenir l'appareil et l'empêcher de glisser soit au sein de l'utérus, soit dans le vagin.

L'ampoule est terminée par un tube de caoutchouc de 30 centimètres de longueur, muni d'un petit robinet, pour le maintien du liquide injecté.

L'ampoule est pourvue, à sa partie supérieure externe, d'un petit godet destiné à fournir un point d'appui au mandrin conducteur (baleine, bâtonnet, etc.).

Le jeu complet de ces dilatateurs se compose de cinq numéros, conçus de telle sorte, que le plus petit peut être employé au début du travail. Lorsque le cinquième numéro produit ses effets, le col peut fournir un passage à la main ou au forceps.

Ces ampoules sont confectionnées avec un caoutchouc épais et résistant. Leur solidité est donc à l'épreuve. A ce point

(1) Suite et fin (voir le dernier numéro).

(1) Barnes, *loc. cit.*, p. 354.

de vue, ce sont des instruments sur la fidélité desquels on peut compter.

Comme dernier renseignement, je dirai que le prix de chaque dilatateur est de 3fr. 50.

J'ai employé un certain nombre de fois ces instruments. Or, je le dis avec regret, je suis loin de partager l'enthousiasme de leur auteur.

Le numéro le plus faible est d'un placement difficile, dans le premier stage de la dilatation cervicale, en raison de son volume, de beaucoup supérieur à celui des minces ampoules de Tarnier et de Verrier.

L'amincissement de leur ventre est loin d'avoir pour effet, ainsi que s'en flatte l'accoucheur Anglais, de maintenir cette partie rétrécie sur l'orifice cervical. Lorsque les organes sont bien lubréfiés, l'instrument a la plus grande tendance à glisser, soit dans la cavité de l'utérus, soit dans le vagin. J'ai dû plusieurs fois, en raison de cette infidélité d'action ou de la difficulté de leur emploi, reconcer à les mettre en œuvre à la manière de Barnes.

Je crois, en somme, qu'il ne faut guère compter sur eux qu'en tant qu'ampoules simples. A ce point de vue, leur solidité fournit une garantie qu'on ne retrouve ni dans l'instrument de Tarnier, ni dans celui de Verrier.

§ 10. *Sacs à air de Joulin.* — Ainsi que l'avoue lui-même le regrettable Joulin (1), son dilatateur « n'est qu'une modification peu importante de celui de Barnes ». Ailleurs (2), il se plaît à reconaître que « de tous les dilatateurs, ce *dernier* est le plus utile ». Il ajoute que « aucun ne remplit mieux les indications de cette nature et ne mérite mieux d'être vulgarisé ».

Après une telle appréciation, on peut se demander le but que s'est proposé Joulin en substituant son *sac à air* au *sac à eau* de Barnes.

Tant que je tiens en main la *Gazette* de l'éminent accoucheur, si prématurément enlevé à la science, je crois bon de lui faire un dernier emprunt.

(1) *Gaz. de Joulin*, n° du 15 mai 1873.
(2) *Gaz. de Joulin*, n° du 1er août 1873.

J'ai déjà fait remarquer que l'application des ampoules dilatatrices est loin d'être toujours facile dans le premier stage du travail. Joulin (1) cite un fait qui vient à l'appui de cette proposition et trace la ligne de conduite à suivre que j'ai moi-même signalée.

Il s'agit d'une dame pluripare chez laquelle survint un avortement au terme de quatre mois. L'orifice interne, en se rétractant, avait produit l'incarcération du délivre. Ce fut en vain que Joulin s'efforça de faire pénétrer dans l'orifice le plus petit de ses sacs à air. Il eut recours, sans plus de succès, au dilatateur Tarnier. En présence d'une résistance qu'il renonça à forcer, il introduisit une éponge préparée, qu'il laissa sept heures en place.

A ce moment, la voie étant faite, il introduisit le plus petit de ses sacs. Au bout de trois heures survinrent des contractions qui, trois heures après, aboutirent à l'expulsion du délivre.

§ 11. *Double ballon de Chassagny.* — C'est sans doute en vue de simplifier une manœuvre qui, le fait qui précède en est une nouvelle preuve, est loin d'être toujours facile, que l'éminent inventeur de Lyon a imaginé son double ballon.

Cet appareil est constitué par une ampoule en caoutchouc épais et résistant, destinée à trouver place dans le vagin. Cette ampoule vaginale est surmontée par un ballon dont les parois ont l'épaisseur d'une pelure d'oignon, ballon qui, dans les vues de l'inventeur, a pour objet de s'insinuer entre les lèvres cervicales pour en opérer la dilatation.

La manœuvre de cet instrument est des plus simples. Les deux ballons sont introduits à la fois dans le vagin, puis l'ampoule vaginale est gonflée avec de l'eau. Ce premier temps effectué, on injecte le ballon supérieur qui, selon Chassagny, s'engagerait de lui-même au travers de l'orifice utérin, le champ en fût-il des plus réduits.

(1) *Gazette de Joulin*, numéro du 15 mars 1873. page 164.

Pour démontrer qu'il en est ainsi, l'inventeur de Lyon a fait préparer un ballon en verre représentant l'ampoule vaginale, avec plusieurs orifices rappelant autant de méats utérins. Cette expérience, en effet, est confirmative des assertions émises par le docteur Chassagny. Le ballon mince ne tarde pas à s'introduire dans tous les interstices. Mais reste à savoir si, en opérant sur la femme, les choses se passent exactement de la même façon.

Or, voici les résultats de ma propre expérimentation sur le vivant :

La première fois que j'ai expérimenté ce double ballon, j'ai opéré presque aussitôt la rupture de l'ampoule supérieure, dont la consistance est par trop insuffisante. Je ne me suis aperçu de cet accident qu'après le retrait de l'appareil.

De là un double *desideratum* dans cet instrument : fragilité excessive du ballon cervical; impossibilité de relever les effets auxquels il donne lieu, sans retirer au préalable tout le système.

Je me suis procuré de nouvelles ampoules, et j'ai continué mes expérimentations. Nombre de fois il m'est arrivé de ne pouvoir faire pénétrer l'injection au sein du ballon cervical, en raison sans doute de la compression de la membrane contre les parois utéro-vaginales, par l'ampoule inférieure trop distendue. Plus d'une fois j'ai craint de forcer l'injection, dans la presque certitude de déchirer le ballon cervical.

J'ai cru, dans plusieurs cas, que le réveil des douleurs était dû à l'engagement de l'ampoule supérieure au travers de l'orifice cervical. En retirant l'appareil, le plus souvent j'ai trouvé l'ampoule supérieure insuffisamment injectée, voire même rompue. L'amincissement extrême de cette ampoule, loin de constituer un progrès, comme s'en flatte Chassagny, constitue donc une imperfection des plus notoires.

Malgré ce fonctionnement défectueux, au point de vue de son auteur, je dois dire que, chaque fois que j'ai mis cet appareil en œuvre, j'en ai retiré de bons effets.

Or, d'après ce que j'ai remarqué, il est manifeste que le mode d'action de l'instrument n'a pas été, entre mes mains (je ne saurais raisonner qu'à mon unique point de vue), identique à celui que lui prête mon distingué confrère. Les effets produits ne l'ont été que sous l'influence de l'excitation produite par le seul ballon inférieur.

Ce fait, du reste, n'est pas nouveau. Dès 1842 Hister provoquait le travail à l'aide d'une vessie de veau placée dans le vagin, et injectée avec de l'eau tiède. En 1851, Braun substituait à cette vessie son colpeurynter, adopté aussitôt par von Siebold, Ritgen, Germann, Birnbaum, etc. Puis est venu le pessaire à air de Gariel.

Il est vrai que, par un tel mode, l'incitation du travail peut demander plusieurs jours, lorsqu'il est exclusivement mis en œuvre, façon de faire, je dois le dire, à laquelle je me suis bien gardé de me borner. J'ajouterai qu'il n'est pas sans danger, par suite des effets compressifs des épaisses parois de l'agent de dilatation.

Toujours est-il qu'après avoir bien réfléchi à tout ceci, j'ai pensé qu'il devait être possible de combiner les deux modes et d'imaginer un dilatateur unique, susceptible de s'insinuer dans toutes les anfractuosités du vagin et de pénétrer, par là même, au travers de l'orifice cervical de l'utérus.

Il ne m'a pas fallu un grand effort d'imagination pour réaliser une telle vue.

§ 12. *Dilatateur très-simple et d'une valeur vénale presque nulle.* Chacun connaît ces ballons que les magasins du Louvre offrent gracieusement, et avec profusion, à leurs nombreux acheteurs. Les ballons rouges que l'on trouve entre les mains des enfants, dans les coins les plus reculés de la province, peuvent parfaitement servir au même usage. Tel est le principal élément de mon dilatateur, dont le prix peut être considéré comme absolument nul.

Tous ces ballons sont pourvus d'un collet pour leur insufflation. Pour confectionner l'appareil, il suffit d'introduire dans ce collet un bout de tube en caoutchouc, ou une sonde en même substance,

que l'on fixe au moyen de quelques tours de fil.

Cet appareil remplit-il bien l'objet que je me propose ? Il était un moyen fort simple de m'en assurer, sans qu'il fût nécessaire de recourir au ballon en verre de Chassagny. J'ai simplement pris un spéculum trivalve, dans le champ duquel j'ai placé mon ballon dégonflé. Je l'ai insufflé avec de l'air; je l'ai gonflé avec de l'eau. Dans tous les cas, j'ai vu le ballon, en se distendant, écarter les valves, et pénétrer aisément au travers de tous les interstices que j'ai ensuite préparés à l'aide de quelques doloires. Cette preuve expérimentale me semble concluante.

Au point de vue pratique, j'ai retiré de ce dilatateur d'excellents résultats. Il a toujours eu pour effet l'accroissement des douleurs.

Je dois signaler, parmi ses avantages, la grande souplesse de ses parois, condition qui lui permet d'exercer une compression uniforme, douce et superlativement inoffensive sur tous les points où se porte son action. De là, entre autres usages, son utilité dans les métrorrhagies, pour lesquelles le tamponnement est conseillé. Entre tous les modes, celui-ci est assurément le plus parfait. Il agit, de plus, puissamment par la réfrigération.

J'en ait dit assez pour faire ressortir les avantages de cet agent de dilatation et d'obturation. Il va de soi-même que son emploi ne saurait être exclusif et que, si la mise en œuvre d'un agent d'un autre ordre était rationnellement indiquée, il fraudrait sans hésiter y recourir. Pour mon compte, je tiens à être toujours muni de la plupart de ces engins, que j'utilise, sans prédilection aucune, selon les indications qui se présentent.

Dr Hamon de Fresnay.

Simple note sur l'incertitude des données trop souvent fournies par l'auscultation obstétricale.

C'est avec raison que l'auscultation obstétricale est considérée comme un des grands progrès accomplis de nos jours, dans l'art des accouchements. Toutefois, il convient de ne pas prendre trop à la lettre les affirmations des auteurs sur un mode d'investigation dont les données sont loin d'être aussi positives qu'il serait à désirer. Nombre de fois, pour ce qui nous regarde, nous avons pris ce signe en défaut. Il est essentiel de recueillir avec le plus grand soin les notions qu'il fournit, mais il est sage, aussi, de ne faire fond sur elles qu'avec une certaine mesure.

Nous ne rappellerons pas ici tous les cas où l'auscultation obstétricale ne nous a fourni que des données fallacieuses. Combien de fois, par exemple, percevant dans le flanc gauche de la mère, le bruit très-retentissant des doubles battements, n'avons-nous pas cru à une position occipito-iliaque gauche antérieure, quand, par le fait, il s'agissait d'une occipito-postérieure, et réciproquement?

Combien de fois aussi, l'obscurité de pulsations cardiaques ne nous a-t-elle pas porté à admettre ou l'état de souffrance de l'enfant, quelquefois même sa mort, parfois, enfin, une abondance extrême du liquide amniotique, suppositions que l'événement n'a pas tardé à réduire à néant ?

Dans un cas de cette nature, nous n'avons trouvé l'explication de ce phénomène que dans l'extrême épaisseur du parenchyme placentaire, étalé sur la paroi antérieure de l'utérus.

Il est un renseignement des plus précieux, fourni, au cours du travail, par l'auscultation des bruits fœtaux. Grâce à lui, l'accoucheur peut se rendre compte, jusqu'à un certain point, du degré de vitalité de l'enfant. Si les pulsations cardiaques diminuent d'intensité, ou deviennent irrégulières, on en peut inférer un état de souffrance, qui comporte une prompte intervention de l'homme de l'art.

Souvent l'intensité moins grande des bruits vasculaires est l'indice d'un arrêt de circulation, par compression de la tige omphalo-placentaire.

Mais, encore une fois, ces données doivent être prises pour ce qu'elles valent, et il faut se garder de se baser sur elles,

pour se prononcer trop catégoriquement devant les familles, toujours disposées à pousser l'accoucheur dans ses derniers retranchements.

Qu'il nous soit permis, à ce propos, de relater un fait qui vient démontrer une fois de plus combien il convient, parfois, d'être réservé dans l'appréciation des signes stéthoscopiques.

Mme X....., multipare, habitant Vitry, nous fit appeler, le 22 février dernier, pour des douleurs névralgiques des plus violentes. Elle était parvenue au 8e mois de sa grossesse, mais son état de souffrance était tel, qu'il nous parut probable que le terme en serait sensiblement avancé. Les bruits fœtaux étaient imperceptibles à ce point que nous eussions considéré la mort de l'enfant comme certaine, si Mme X... ne nous eût assuré qu'elle continuait à percevoir les mouvements actifs de son fruit.

Le 14 mars dernier le travail se déclara à sept heures du matin. La sage-femme de la localité fut appelée à 9 heures, nous-même, vu la distance, nous n'arrivâmes auprès de Mme X... qu'à une heure de l'après-midi. En ce moment la dilatation était de 0m 04.

La sage-femme, très-intelligente, émit, sur la vitalité de l'enfant, des doutes fondés sur l'incertitude des données fournies par l'auscultation. Nous crûmes toutefois, l'une et l'autre, constater un summun d'intensité des bruits dans le flanc gauche de la mère?

Quatre hypothèses se présentaient à notre esprit. L'enfant pourrait être privé de vie? Le liquide amniotique était peut-être assez abondant pour masquer les pulsations fœtales? La diminution marquée de ces mêmes pulsations tenait peut-être à un enroulement du cordon autour du cou? Comme dernière supposition, enfin, ne pouvait-on pas attribuer les données presque négatives de l'auscultation à une position occipito-postérieure?

En pareils cas, on conçoit combien extrême devient la perplexité de l'accoucheur, incessamment mis en demeure de se prononcer, alors surtout que de grands intérêts dépendent de la vie ou de la mort du produit.

En de telles conditions, le talent de l'homme de l'art, c'est de ne point se compromettre par une réponse trop catégorique.

Pendant une heure nous avons tenu la malade sous l'influence des inhalations éthérées. A deux heures, sur la demande expresse de Mme X... et de sa famille, nous avons procédé à une application de retroceps, et nous avons eu la satisfaction de mettre bientôt au monde un magnifique garçon.

Alors seulement nous a été donnée la seule explication probable du signe stéthoscopique qui nous a tenus si longtemps en suspens. Le cordon était enroulé autour du cou. Nous ne voyons aucune autre cause qui puisse être invoquée pour rendre compte d'un tel phénomène. Les eaux de l'amnios ont été fort peu abondantes, et n'ont été évacuées qu'au dernier stage du travail. Le placenta, d'un développement fort ordinaire, était implanté au fond de l'utérus. Il s'agissait d'une position occipito-iliaque gauche antérieure. Nous ne voyons donc, encore une fois, pour expliquer un tel fait, que la supposition à laquelle nous nous sommes arrêté.

Une chose doit surtout être retenue, et c'est par là que nous terminons cette simple note. Il importe, assurément, de recueillir les données stéthoscopiques, et d'en tenir grand compte; mais il importe non moins à l'accoucheur, s'il veut éviter des déceptions, de les contrôler, et surtout, pour peu qu'un doute subsiste encore dans son esprit, de ne se prononcer jamais qu'avec la plus extrême réserve.

Dr Hamon de Fresnay.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Epilepsie. — Bons effets du traitement arsenico.-bromé L'épilepsie est une des plus affreuses affections qui puissent frapper l'humanité. Jusqu'ici les ressources de la thérapeutique ont été impuissantes à en obtenir la guérison radicale. Naguères encore, M. Legrand Du Saule, si compétent en pareille

matière, formulait cette désespérante opinion.

Un honorable confrère, le Dr Gelineau d'Aigrefeuilles (d'Aunis), après vingt ans de patientes recherches, semble être arrivé au moins bien près de la solution de ce difficile problème. Plusieurs malades, à ma connaissance, traités par ses dragées arsénico-bromées, ont obtenu une amélioration approchant beaucoup de la guérison. Il suffit, en effet, d'une seule précaution pour prévenir le retour des accès. Le traitement doit être continué sans interruption jusqu'au moment de la consolidation parfaite de la cure.

A l'appui de l'efficacité du traitement du Dr Gelineau, je citerai le fait suivant que j'ai recueilli dans ma pratique.

M. B... âgé de 48 ans, d'une bonne constitution, ne compte aucun antécédent fâcheux au point de vue qui nous occupe.

Il y a 10 ans, au mois de mars, il faisait cirer ses bottes sur un trottoir, à Rochefort-sur-Mer. Il tomba comme sidéré sur l'angle d'une pierre, et se fit à la racine du nez un stigmate dont il porte encore les traces. Cette attaque fut courte : l'année entière se passa, indemne de tout nouvel accident.

L'an suivant, même lieu, même époque, nouvelle attaque d'épilepsie, qui se reproduisit trois nuits de suite. Durant trois années la santé fut parfaite. Ce n'est que depuis ce moment que les crises se sont renouvelées, cinq à six fois par an, et toujours la nuit. L'*aura* est toujours parti du bras gauche. Souvent M. B..., dans le cours du jour, a eu des *menaces*, mais il a pu surmonter le mal, vu son énergique volonté.

Tous les traitements avaient été essayés sans succès lorsque, il y a deux ans, j'eus connaissance d'une guérison opérée par les dragées du Dr Gelineau. Je soumis mon malade à ce traitement, et depuis, il n'a eu que deux crises, qu'il eût sans aucun doute évitées, s'il n'eût commis l'imprudence, dans les deux cas, de suspendre pendant 8 et 15 jours l'emploi du remède.

Tel est, en effet, le seul point vulnérable de la méthode. On ne doit interrompre le traitement qu'au bout d'un temps assez long, et alors que la guérison est bien consolidée. C'est là, il faut bien le reconnaître, un assez grand inconvénient, mais à tout prendre, est-ce donc une sujétion si pénible de prendre de 3 à 5 dragées par jour, pendant un certain laps de temps, quand il s'agit de se délivrer de cette hideuse affection qui, non-seulement rend le pauvre malade un objet de répulsion pour tous ceux qui l'approchent, mais encore empoisonne tous les moments de sa vie, et expose ses jours aux accidents les plus fortuits? J'ai été moi-même, il y a quelques années ; appelé par voie de justice, pour constater la mort d'un de mes malades qui, frappé d'un accès de *haut mal* dans une écurie, avait eu le crâne fracassé par un coup de pied de cheval. Si, à cette époque, j'eusse connu le traitement du Dr Gelineau, il y a tout lieu de croire que cet affreux malheur eût été évité.

Dr Randon.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Cystite blennorrhagique ; rétention d'urine; ponction capillaire de la vessie — Notre collègue M. Fochier, chirurgien en chef désigné de la Charité, a lu dans une des dernières séances de la Société des sciences médicales un travail très-instructif sur les indications de la ponction de la vessie. Je viens aujourd'hui vous relater une observation qui prouve l'utilité de cette opération et son innocuité.

Observation. — X..., âgé de 21 ans,

ouvrier typographe, constitution bonne, tempérament lymphatico-sanguin, a eu en 1873 une blennorrhagie qui a persisté pendant assez longtemps et qui, suivant le dire du malade, aurait fini par disparaître au bout de quelques mois.

Le malade a simplement suivi les conseils d'un pharmacien, et, interrogé sur la persistance d'une goutte dans le canal, il ne répond pas avec toute la netteté qui impliquerait une guérison complète.

Quoi qu'il en soit, vers les derniers jours de décembre, après quelques excès de boissons, il eut des rapports avec une femme suspecte. Un écoulement abondant se manifesta. Le 26 et le 27 décembre 1874, le malade but de la tisane, et le 27 au soir il fit, suivant le conseil d'un pharmacien, une première injection avec un liquide coloré, probablement une solution de sulfate de zinc et de tannin. Une douleur assez vive suivit l'injection, et le malade, croyant la faire disparaître, fit dans la nuit et le lendemain matin deux nouvelles injections avec une seringue complétement pleine et avec une certaine force. Les envies d'uriner, qui étaient déjà fréquentes, s'accusèrent de plus en plus et s'accompagnèrent de ténesme et de douleur vive. Le lundi matin, le malade ne pissait plus que du sang goutte à goutte, et à partir de midi les envies d'uriner étaient incessantes sans que le malade pût les satisfaire. Depuis douze heures, un quart de verre d'urine au plus avait été rendu.

Je fus appelé à deux heures et trouvai le malade en proie à des angoisses inexprimables, le ventre ballonné, tendu, extrêmement douloureux, la face grippée, le pouls plein, dur, 120 pulsations. Cathétérisme impossible. Je prescris un bain de trois heures et au sortir du bain une application de quinze sangsues au périnée, en même temps que l'application de glace au périnée et dans le rectum.

Ces moyens furent employés pendant cinq heures sans aucun succès. Le bain fut mal supporté, et après une heure et demie on le remplaça par le bain de siége. Les sangsues donnaient un écoulement de sang considérable, et la glace fut appliquée très-imparfaitement, le sujet ne pouvant ou ne voulant pas la supporter.

A sept heures du soir, le ventre était distendu, la vessie remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, les angoisses allaient en augmentant. J'essayai de nouveau d'introduire avec la plus grande douceur une bougie sans pouvoir pénétrer dans la vessie. Je pratiquai alors la ponction de la vessie à deux centimètres au-dessus du pubis sur la ligne médiane avec l'aiguille n° 2 de Dieulafoy et retirai le liquide au moyen de cet instrument. Le soulagement fut immédiat, les douleurs disparurent instantanément et le calme le plus parfait succéda à l'agitation et au ténesme. Le liquide retiré de la vessie était limpide, incolore, mais les dernières cuillerées étaient roses, teintes de sang.

On recommande au malade de boire peu; on lui prescrit 0,50 de poudre de Dower pour exciter la transpiration et on le fait transpirer dans le but de diminuer la quantité d'urine.

Les dix premières heures qui suivirent la ponction furent complétement tranquilles et le malade dormit très-bien. Vers le matin (29 décembre) quelques envies d'uriner. Cataplasmes, bains de siége. A midi, le ténesme reparaît.

Une nouvelle ponction est faite à un centimètre de la première, et le liquide extrait avec l'instrument de Potain, plus facile à manœuvrer que la pompe de Dieulafoy. L'opération est suivie des mêmes résultats que la précédente. Le 30 au matin, nouvelle ponction; le 31, quatrième ponction. On continue les bains, les cataplasmes et l'application de la glace. Dans la nuit du 31, le malade urine facilement et la miction, à partir de ce moment, paraît régulière et se fait sans douleur. Le ténesme, les envies fréquentes d'uriner ont disparu complétement.

En examinant les détails de cette observation, on remarque quelques points qui méritent de fixer l'attention. C'est d'abord l'innocuité absolue de l'opération. Le malade n'a éprouvé aucune douleur, aucun symptôme qui puisse se rapporter à la

petite piqûre de l'aiguille; il n'y a jamais eu la moindre crainte d'une inflammation traumatique. Un autre fait remarquable est celui de la cessation immédiate des symptômes après l'évacuation de l'urine. Le ténesme, les douleurs, le pissement de sang s'arrêtent, pour ainsi dire, instantanément. Si les symptômes reparaissent, considérablement amoindris d'ailleurs, c'est après dix à douze heures, au moment où la vessie commence de nouveau à se remplir.

Enfin, je signalerai ce fait particulier de la disparition des symptômes de la cystite, lorsque le sujet a pu uriner. L'écoulement a considérablement diminué; il ne donne lieu à aucun autre phénomène.

Quant à la nature de l'affection, elle est facile à établir. Il n'est pas douteux que le canal violemment enflammé par une injection irritante n'ait été le siége d'une inflammation profonde qui s'est propagée au col de la vessie. La cystite est démontrée par le ténesme continu, les envies incessantes d'uriner, le pissement de sang, les douleurs profondes au périnée et au bas-ventre. Le toucher rectal n'indiquant aucune tuméfaction de la prostate, on peut admettre que ce n'est pas à une prostatite aiguë qu'on doit rapporter les accidents. Un point plus difficile à établir est celui de la présence ou de l'absence d'un rétrécissement antérieur; la persistance d'un écoulement ancien indiquerait-elle un rétrécissement du canal? Il n'a pas été possible de résoudre cette question en raison des circonstances particulières dans lesquelles on a pratiqué infructueusement le cathétérisme.

Enfin si d'un fait isolé il est permis de déduire quelques considérations générales, je conclurai par les propositions suivantes :

1° La ponction capillaire de la vessie est une opération inoffensive; elle ne peut, au point de vue de la gravité, être comparée à celle de la ponction avec le trocart ordinaire;

2° Dans les inflammations aiguës du canal, et particulièrement dans la cystite, lorsque le cathétérisme est impossible ou lorsque l'introduction de la sonde ne peut s'accomplir qu'après de longs tâtonnements ou en faisant subir au malade de violentes douleurs, il est moins dangereux de ponctionner la vessie que de manœuvrer dans un canal ainsi inflammé;

3° La ponction de la vessie, en arrêtant pendant un certain temps le cours de l'urine dans le canal de l'urèthre, facilite singulièrement la résolution de l'inflammation et peut être considérée comme un moyen curatif d'une réelle importance.

(*Lyon médical.*)

Epanchement pleurétique. — Ponction aspiratrice; Mort par asphyxie. — Il ne faut pas que les succès journaliers de la thoracentèse dans la pleurésie aiguë et son innocuïté en soi, nous entretiennent dans une sécurité trop absolue et nous fassent perdre de vue les accidents graves qui peuvent la suivre, sinon en être la conséquence. On sait, d'ailleurs, que tout n'est pas dit encore sur ce sujet, que les indiscrétions de la statistique ont obligé de remettre à l'étude. Voici un fait malheureux que M. le docteur Ernest Legendre (de Bléneau) nous communique avec une louable loyauté, et qu'il importe de ne pas laisser perdre, pour la part d'enseignement qu'il peut renfermer.

Un chef de culture dans une vaste exploitation agricole va consulter notre confrère pour une douleur à l'épigastre, augmentant sensiblement après les repas et à la pression. Il toussait fréquemment, surtout la nuit, et avait une dyspnée très-appréciable. Il avait peu de fièvre et n'avait pas interrompu ses travaux. L'appétit était diminué, mais les digestions se faisaient facilement.

L'examen de la poitrine fit reconnaître un épanchement considérable au côté gauche, épanchement survenu d'emblée une quinzaine de jours auparavant, à la suite d'un refroidissement ressenti par le malade étant en sueur.

L'administration à plusieurs reprises de vomitifs et l'application successive de plusieurs larges vésicatoires n'amenèrent aucune amélioration; la digitale associée au calomel et à la scille et aidée par les badigeonnages avec la teinture d'iode, n'eu-

rent pas plus de succès. Après un état stationnaire durant plus de huit jours, l'épanchement finit par envahir la totalité du côté et la dyspnée allant toujours croissant, M. Legendre proposa la thoracentèse, expliquant à la famille que cette opération soulagerait rapidement le malade, sans lui faire courir aucun danger. La proposition étant acceptée, il introduisit l'aiguille n°2 de l'aspirateur Dieulafoy entre le septième et le huitième espace intercostal au lieu d'élection; et à l'aide de cet aspirateur, sans qu'il se fût introduit une seule bulle d'air dans la plèvre, il retira de cette cavité au moins trois litres d'un liquide fortement rosé et trouble. L'opération dura bien une demi-heure. Le malade se sentait notablement soulagé; quelques quintes de toux survinrent pendant l'opération, comme cela arrive d'habitude. La sonorité avait reparu dans toute la poitrine. On fit coucher le malade pour le reposer, et on lui fit prendre quelques cuillerées de bon vin.

Quelques instants après, le malade dit qu'il se sentait mal à l'aise, la dyspnée se produisit de nouveau et augmenta avec rapidité, de l'écume bronchique épaisse, peu aérée, obstruant la trachée, arrivait à pleine bouche, le visage et les mains se cyanosaient, le pouls faiblissait. M. Legendre se proposait de lui administrer en toute hâte de la poudre d'ipéca, mais il n'en eut pas le temps; en moins de cinq minutes, le malade succombait asphyxié.

M. Legendre se demanda à quelle cause attribuer une asphyxie aussi rapide. Est-elle due à une hypersécrétion bronchique? Le poumon, longtemps comprimé ou retenu sur des fausses membranes déjà solides, n'a-t-il pu reprendre son volume normal? Il pense que toutes ces causes réunies ont peut-être concouru à ce résultat fatal.

Nous pensons, quant à nous, que c'est un exemple de plus à ajouter aux faits nombreux d'expectoration albumineuse après la thoracentèse, qui ont été rapportés depuis que l'attention a été appelée sur ce sujet, auquel la *Gazette des Hôpitaux* a consacré de nombreux articles. Nous ne pouvons mieux faire que d'y renvoyer les lecteurs.

Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons que nous associer au conseil de prudence que M. Legendre puise dans ce fait malheureux, à l'usage de ses jeunes confrères, pour les prémunir contre les dangers d'une confiance exagérée. « Depuis deux ans, dit-il, j'ai fait plus de vingt thoracentèses à l'aide de l'aspirateur Dieulafoy pour des épanchements séreux ou purulents, sans avoir observé le moindre accident, et, plein de confiance dans cette opération, j'avais annoncé un soulagement immédiat et une guérison prochaine. Malgré l'aspect rosé et trouble du liquide, qui m'avait visiblement contrarié dès la première aspiration, je ne m'attendais pas à une mort aussi rapide. C'est ce résultat inattendu qui m'a engagé à publier cette observation, pensant qu'elle pourra être utile à mes jeunes confrères et les empêcher de compromettre leur réputation en affirmant, comme je l'ai fait moi-même dans ce cas, à la famille, un soulagement marqué d'abord et une guérison prochaine. Il sera toujours prudent de faire ses réserves. »

(*Gazette des Hôpitaux.*)

Injections parenchymateuses d'acide phénique comme antiphlogistique. — Une intoxication générale par injections d'acide phénique n'est à craindre que lorsque le remède pénètre directement dans le torrent circulatoire. Selon les expériences du prof. *Hüter* (*Greifswald*), l'action générale du médicament est liée à son influence sur les corpuscules rouges du sang au moyen de laquelle il se produit une *stase globuleuse*. On aura donc soin, l'aiguille une fois introduite, d'attendre un moment s'il s'en écoule une goutte de sang. Dans ce cas, on la retirera un peu ou on l'enfoncera plus profondément, jusqu'à ce qu'on soit certain de n'avoir lésé aucun vaisseau. Alors dans l'injection sous-cutanée et parachymateuse de l'acide phénique une résorption sympathique seule a lieu et toute intoxication du sang se trouve évitée.

Le prof. Hüter se sert d'une solution aqueuse d'acide phénique pur (2 gr. pour 100 gr. d'eau) et de la serin-

gue de Pravatz. Cette dernière contient 90 centigr. de la solution, donc un peu moins de 2 centigr. d'acide phénique. Après l'injection de deux seringues à la fois, on n'a jamais observé le moindre symptôme d'intoxication, pas plus qu'une coloration noirâtre de l'urine. Hüter n'a jamais dépassé la dose de deux seringues à la fois et n'a répété l'injection qu'après 24-48 heures. L'injection ne provoque point de douleurs (l'acide phénique a une action anesthésique) et n'est point suivie de réaction.

L'action antiphlogistique des injections parenchymateuses a presque toujours été éclatante. Voici les maladies dans lesquelles elle a été nettement démontrée :

1° *Synovite hyperplastique granuleuse* (tumeur blanche ou inflammation fongueuse du genou). Les injections ont été faites dans les parties les plus centrales de l'articulation de manière à ce que l'aiguille touchât les surfaces articulaires, et ont été répétées tous les 2 ou 3 jours. *Action* : diminution des douleurs et de la fièvre; dégonflement visible.

2° *Tuméfaction des glandes sous-cutanées* avec tendance à la suppuration; bubons. *Action* : Diminution des douleurs, de la rougeur, de l'œdème ; la glande diminue progressivement.

3° *Phlegmons aigus* du tissu cellulaire sous-cutané et sous-facial. Faire les injections dans les parties les plus périphériques du phlegmon. *Action* : Rétrait des tissus en quelques heures ; diminution des douleurs et de la fièvre; guérison sans suppuration.

4° *Erysipèle traumatique*, pour en arrêter la marche. — L'auteur regarde les injections parenchymateuses d'acide phénique comme l'antiphlogistique le plus puissant et leur promet un grand avenir, même dans le traitement de l'inflammation des organes internes.

(*Centralbl. f. d. med.*, n° 5, 1874.

Guérison d'un spina-bifida par les injections iodées. — Une enfant de trois ans présentait un spina-bifida lombaire, faisant une saillie de quatre pouces sur une circonférence de 13 pouces et demi. La tumeur avait le volume d'une noix à la naissance ; elle avait augmenté peu à peu ; l'enfant était de bonne constitution, mais avait de la faiblesse dans les jambes, ainsi que de l'incontinence de l'urine et des matières.

Le Dr Ross-Watt fit d'abord deux ponctions exploratrices avec un trocart de moyen volume et vida la tumeur qui contenait un liquide limpide ; chaque fois le liquide se reproduisit. Dix jours après, une nouvelle ponction avec issue du fluide fut faite, et on injecta 1 gramme d'une solution d'iode, d'iodure de potassium et de glycérine, dite *Solution du Dr James Borton*. La plaie fut recouverte de colodion. Un peu de douleur locale et de fièvre s'ensuivirent ; la tumeur reparut, fut traitée de la même manière dix jours après, reprit le tiers de son volume primitif et une quinzaine de jours après la seconde ponction, on en fit une troisième, ainsi qu'une troisième injection iodée. Douze semaines après la première ponction la tumeur avait disparu complétement.

C'est le 4e succès qu'obtient le docteur Ross-Watt à l'aide de ce procédé, et, dit-il, sans « trop préjuger de l'avenir, les résultats sont assez satisfaisants pour qu'ils puissent recommander la méthode à l'attention des chirurgiens. »

Actuellement l'enfant est très-solide sur ses jambes, se développe rapidement et peut faire à volonté ses besoins ; elle prend des bains de mer.

(*The British medical Journal.*)

Accidents occasionnés par les bains dans la pelvi-péritonite. — On prescrit comme médication à peu près banale, dans la plupart des maladies des organes génitaux de la femme, des bains fréquents, et cependant, dans certains cas ils peuvent avoir des inconvénients sérieux. Il est constant, par exemple, que dans la pelvi-péritonite les bains sont quelquefois la source d'accidents graves. Voici le mécanisme de ces accidents selon M. Peter. Dans l'action d'entrer dans le bain, pour enjamber le bord de la bai-

gnoire, la femme fait un mouvement violent qui peut déterminer la rupture de quelqu'une des adhérences qui se sont établies autour des organes génitaux internes. Cette rupture devient le point de départ d'une nouvelle poussée de péritonite plus ou moins grave. Une femme, aujourd'hui dans le service, était venue à pied, modérément souffrante. On lui prescrivit un bain. En entrant dans la baignoire, elle ressentit une douleur vive dans le ventre et fut prise rapidement ensuite de phénomènes aigus; une tumeur se forma au niveau de la fosse iliaque, et on put craindre sérieusement la formation d'un abcès; il n'en fut rien heureusement, mais la malade fut longtemps souffrante et dut à cette complication un séjour au lit très-prolongé.

Il est donc bon, en pareil cas, si on veut absolument recourir au bain, de prendre des précautions pour empêcher tout effort violent.

(*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

Traitement des névroses par le phosphore. — Le docteur Sanger fait connaître quelques remarques pratiques sur le traitement des névroses par le phosphore.

Les préparations dont il se sert sont les suivantes :

1° Une teinture éthérée faite avec 20 centigrammes de phosphore pour 100 grammes d'éther ;

2° Une *solution alcoolique* à 1 centième.

La dose de la première est de 2 à 4 gouttes et de la seconde de 5 à 10 gouttes.

Il a donné ces préparations avec un succès constant dans 40 cas de névralgies. Ce succès l'a engagé à employer ce moyen dans les cas où l'état morbide est dû à une dénutrition du nerf. C'est ainsi qu'il a retiré de ce traitement de grands avantages : 1° Dans un cas de paralysie agitante — c'était sur une femme âgée de 45 ans, malade depuis quatre ans et guérie en deux mois — 2° Dans un cas de névralgie sciatique, sur une vieille femme âgée de 83 ans. La morphine n'avait produit aucun soulagement ; le phosphore amena la guérison en dix jours (*British medical Journal,* 9 janvier 1875.)

Contribution au traitement des kystes hydatiques du foie par la ponction aspiratrice. — Sous ce titre, le docteur Lancereaux (*Union médicale,* 1874, n° 121), rapporte deux observations très-intéressantes de kystes hydatiques du foie radicalement guéris par la ponction aspiratrice. Dans chacun des deux cas, une seule ponction faite avec l'appareil de Dieulafoy (canule n° 1 et canule n° 2) suffit, et les suites de cette opération furent des plus bénignes. Notre confrère en publiant le résultat de son expérience, n'a pas, dit-il, la prétention de guérir tous les kystes hydatiques du foie par la simple ponction aspiratrice. Nous le croyons avec lui, mais nous croyons aussi que cette ponction, toujours plus inoffensive que les autres opérations pratiquées dans le même but, devra toujours être tentée en premier lieu dans une affection qui ne se termine que trop souvent par la mort.

De l'emploi externe de la teinture d'iode contre le masque des femmes enceintes. — Dans un excellent article, M. le docteur E. Dubois, recommande l'emploi de la teinture d'iode contre le masque dont sont si souvent ennuyées les femmes enceintes.— On étend tous les soirs sur les taches une couche de teinture d'iode. L'épiderme s'exfolie comme on sait, et les taches disparaissent. Si la disparition n'a pas lieu du premier coup, comme l'application ne tarde pas à devenir douloureuse, on la suspend et on la remplace par des onctions de cold-cream. Puis, lorsque l'épiderme s'est de nouveau formé, on recommence l'application d'iode, et cette fois le masque disparaît entièrement.

Contre certaines taches de rousseur qui envahissent quelquefois la face par plaques, ce serait un moyen à essayer également.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 mars 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Elections. — L'Académie procède par voie de scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

La Commission propose en première ligne M. *Personne*; en seconde, M. *Planchon*; en troisième, M. *Riche*; en quatrième, M. *Roucher*; en cinquième, M. *Bourgoing*; en sixième, M. *Méhu*.

Le nombre des votants étant de 70, dont la majorité est 36, M. Personne obtient 67 suffrages; M. Riche 2; M. Planchon 1. En conséquence M. *Personne* ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre titulaire de l'Académie de médecine.

M. Panas, candidat pour la section de pathologie chirurgicale, donne lecture d'un mémoire sur les kystes séreux ovariques.

Les vibrions dans le pus (Suite de la discussion.) — M. Pasteur lit la réponse aux communications faites par MM. Colin et Poggiale dans sa dernière séance.

D'après M. Colin, tous les œufs se putréfient à la longue. Or, quelques instants d'observation ont suffi à M. Gayon pour montrer à M. Colin que ces œufs pourris renfermaient des bactéries et des vibrions : bactéries sous la coque, dans les parties qui reçoivent directement le contact de l'air, à travers les parois de celle-ci; vibrions dans la profondeur.

Relativement à la putréfaction, M. Gayon a présenté à M. Colin des œufs très-anciens et nullement pourris.

D'où proviennent les germes des organismes qui font pourrir certains œufs? *A priori*, ils viennent du dehors; M. Gayon dit qu'ils viennent du cloaque de la poule et qu'ils remontent de là dans l'oviducte. Les preuves les voici.

1° Le cloaque qui communique avec l'air extérieur est rempli de ces organismes; 2° par l'observation microscopique faite sur une poule qu'on ouvre tout à coup, on les suit très-loin dans l'oviducte et jusqu'aux points où l'œuf n'a pas encore de coquille; mais seulement une enveloppe membraneuse; 3° par l'injection répétée de matières putrides dans le cloaque pour en augmenter la quantité, on augmente le nombre des œufs qui peuvent pourrir parmi ceux pondus par la poule en expérience; 4° enfin M. Gayon a constaté que les organismes microscopiques, bactéries, vibrions, ne pénètrent pas à la pression ordinaire dans les œufs, quand même on plonge ceux-ci dans des matières putrides.

M. Pasteur rappelle que les spermatozoïdes remontent beaucoup plus haut encore dans l'oviducte pour l'acte de la fécondation.

M. Pasteur passe ensuite à la communication de M. Poggiale. — M. Poggiale aurait cru que la fermentation des fruits était une fermentation alcoolique proprement dite reproduisant l'équation de la levûre. Beaucoup de personnes pensent que toutes les fois que l'on a la fermentation alcoolique proprement dite, c'est-à-dire formation d'alcool, d'acide carbonique, succinique, etc., on a en effet présence de la levûre et que c'est elle qui aura provoqué le phénomène.

La fermentation alcoolique des fruits est différente de la fermentation alcoolique proprement dite. Là où il y a formation d'alcool il n'y a pas nécessairement fermentation alcoolique. On devrait désigner la fermentation alcoolique par son équation qui est complexe comme la vie, lorsqu'on ne veut pas la désigner par le fait de la présence de la levûre, qui est son ferment propre.

A propos des urines ammoniacales, toutes les fois que les urines se sont montrées avec ce caractère, dit M. Pasteur, et qu'une observation microscopique attentive a été faite de ces urines où de leurs dépôts, on y a découvert des ferments organisés, et notamment le ferment qu'il a signalé le premier comme devant être le ferment

ammoniacal de l'urine, si bien étudié par Van Tieghem. Depuis le jour où il a appelé l'attention de M. Gosselin sur la possibilité que l'urine ne fût ammoniacale que par le fait de la présence de ce petit ferment, constamment il a vérifié l'exactitude de cette prévision. Il n'aurait pas trouvé un exemple qui la contredit.

M. Pasteur passe enfin à la question qui lui a été posée par M. Bouillaud : *Quels sont les ferments des ferments ?* En d'autres termes et d'une manière plus générale : « Comment les ferments qui sont des êtres vivants et qui contiennent des matériaux du même ordre que tous les êtres vivants, peuvent-ils se décomposer à la suite des décompositions qu'ils ont eux-mêmes provoquées ? Comment peuvent-ils se détruire et disparaître, ou du moins être réduits à leurs seuls germes, lesquels sont éternels, autant du moins que la vie doit être éternelle à la surface de la terre ? Comment les matériaux qui composent l'espèce peuvent-ils se gazéifier et faire retour à l'atmosphère sous les formes plus ou moins minérales de la vapeur d'eau, du gaz acide carbonique, du gaz hydrogène ou azote, du gaz ammoniaque ?

L'auteur prend pour exemple les phénomènes de la fermentation du moût du raisin dans la cuve. Cette fermentation s'effectue sous l'influence d'un ferment, la levûre de bière, qui transforme le sucre en acide carbonique et en alcool. Voilà donc une portion considérable de matière organique du raisin qui, par la voie d'un ferment, vient de faire retour à l'atmosphère sous la forme de gaz acide carbonique.

A cette première phase de phénomènes constitués par la fermentation alcoolique, succède une seconde phase dans laquelle on voit l'alcool disparaître et être remplacé par de l'acide acétique ou vinaigre. Cette nouvelle fermentation, ou fermentation acétique, se produit sous l'influence d'un ferment spécial, le ferment acétique ou vinaigre. Sous l'influence du ferment du vinaigre, ferment *aérobie*, l'alcool est comburé pour en faire de l'eau ou de l'acide acétique ; il combure ensuite ce dernier acide pour en faire de l'eau ou de l'acide carbonique. Dans cette troisième phase des phénomènes, le retour à l'atmosphère a marché d'un pas rapide.

Enfin, à cette fermentation acétique succède la fermentation putride, due à l'influence de nouveaux germes qui, flottant dans l'air tombent à la surface du liquide.

En regardant au microscope la pellicule grasse et humide qui s'est formée à la surface du liquide, on observe, à la surface seulement, des bactéries, parce que ce sont des êtres *aérobies* (qui ont besoin d'air pour vivre), tandis que dans la profondeur, on observe les vibrions, qui n'ont pas besoin d'air pour vivre, protégés ceux-là, d'ailleurs, par la couche de bactéries, contre l'atteinte du gaz oxygène qui, pour eux, deviendrait mortelle s'il pouvait se dissoudre dans le liquide en trop grande abondance.

Mais, peu à peu, le milieu devient moins propice à l'alimentation des bactéries et des vibrions ; en effet pour les bactéries, le gaz oxygène de l'atmosphère a une fixation de plus en plus faible, et on voit apparaître à la surface de la pellicule grasse du niveau du liquide des taches ordinairement glauques (taches de moisissure) ; peu à peu, toute la surface du liquide se couvre ainsi de moisissure, et comme elles fixent elles-mêmes beaucoup d'oxygène sur les matériaux sous-jacents qui leur servent de nourriture, il en résulte de nouveau un dégagement considérable de gaz acide carbonique.

On voit donc les matériaux, dissous dans le liquide du réservoir et déposés sur son fond, se gazéifier, se minéraliser. Les combustions continuent toujours, ici par les moisissures, là par les bactéries, des monades, des kolpodes.

Tant qu'il y a une petite quantité de matière organique pouvant fournir du carbone, la vie de ces moisissures ou de ces infusoires se prolonge, mais toujours en dégageant, à l'état d'acide carbonique, une partie du carbone de la matière, tandis que la vie emprunte ses autres matériaux aux sels minéraux et à l'azote des sels d'ammoniaque. En fin de compte, que reste-il ? 1° des cendres ; 2° les derniers

germes des derniers êtres qui ont vécu sur les débris de leurs semblables; la matière minérale est prête pour retourner au sol, la matière organique a passé dans l'atmosphère, et lorsque tout sera desséché, les spores et les kystes des infusoires seront emportés par le vent pour aller recommencer ailleurs leur œuvre de vie et de destruction de la vie. Les ferments, et surtout les ferments aérobies ou les êtres qui en tiennent lieu, sont donc les ferments des ferments.

M. Poggiale a fait, dans la dernière séance à M. Pasteur, trois questions: 1° sur l'altération spontanée des œufs; 2° sur les causes qui rendent les urines ammoniacales et 3° sur les recherches de MM. Lechartier et Bellamy relatives à la fermentation des fruits.

M. Pasteur n'a pas prouvé et ne pouvait pas prouver que les germes bactéries, des bâtonnets et des moisissures, dont M. Gayon a constaté la présence dans les œufs putréfiés, avaient pénétré par l'oviducte. Ce n'est qu'une hypothèse. Il n'a pas démontré que la présence d'un ferment est nécessaire à la conversion de l'urée en carbonate d'ammoniaque. Ce n'est encore qu'une hypothèse. Il fera du reste remarquer à ce sujet que l'an dernier, M. Pasteur n'a pas contredit M. Dumas qui, après avoir examiné les conditions dans lesquelles l'urée se transforme en carbonate d'ammoniaque, s'est exprimé ainsi: « Ces conditions de transformation existent-elles dans l'économie? C'est possible; mais je ne serai pas aussi affirmatif que M. Pasteur. » M. Poggiale a rappelé les intéressants travaux de MM. Lechartier et Bellamy, qui ont démontré qu'il peut y avoir fermentation alcoolique sans ferment, destruction du sucre, formation d'alcool et d'acide carbonique sans qu'on puisse découvrir la moindre trace de ferment alcoolique; MM. Lechartier et Bellamy ont opéré au contact de l'air confiné. M. Pasteur a dit que ces expériences étaient une confirmation de sa théorie. Cependant, dans les expériences de MM. Lechartier et Bellamy, il n'y a pas eu, *organisation, développement, multiplication de globules*; or, pour M. Pasteur il n'y a jamais *fermentation alcoolique proprement dite, sans qu'il y ait simultanément, organisation, développement, multiplication de globules*; ou vie poursuivie, continuée de globules déjà formés. Il met aujourd'hui à la place du mot *globule* le mot *cellule*; il le veut bien, mais il conviendra que les cellules des pommes et des poires ne peuvent pas être considérées comme des globules. Quoi qu'il en soit, si la définition de M. Pasteur devait comprendre les cellules végétales, et ainsi qu'il nous l'a annoncé, les cellules animales, la vie dans les végétaux comme dans les animaux ne serait qu'une fermentation. M. Poggiale termine par les paroles qu'a prononcées dernièrement M. Pasteur: « Il convient de s'abstenir de toute doctrine, de toute philosophie, et de ne voir que le fait lui-même. »

La séance est levée à 5 heures et demie.

Séances du 16 mars 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Un monstre péracéphalien. — M. Depaul communique une observation de monstruosité analogue à celui qu'il a eu l'occasion de présenter à l'Académie, dans la séance du 7 avril 1874, analogue aussi à ceux adressés par M. le Dr *Ternusien* et sur laquelle M. Blot a lu un rapport dans la séance du 1er décembre dernier.

Le monstre actuel qu'il convient de ranger dans la catégorie des péracéphaliens d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, diffère du monstre présenté au mois d'avril, en ce que la partie du tronc qui existe encore est réduite, pour ainsi dire, à sa plus simple expression; il est probable que les cavités thoracique et abdominale n'y existent qu'à l'état rudimentaire, tandis que chez le premier monstre, l'on constatait la présence de membres supérieurs. M. Depaul se propose de disséquer complétement le petit monstre et d'apporter prochainement à l'Académie les résultats de cette dissection.

Examen extérieur: cordon ombilical inséré près de l'extrémité supérieure; —

pas de trace de tête, seulement la surface ovalaire qui surmonte l'extrémité supérieure, est couverte d'une petite houppe de poils ou de cheveux. Il a deux pieds bots, orteils en nombre inférieur au chiffre normal ; — sexe féminin ; — ouverture anale ; où va-t-elle ? C'est ce que démontrera la dissection.

Ce qui fait, ajoute M. Depaul, le principal intérêt de cette observation c'est que, contrairement à ce qui a eu lieu jusqu'à présent, pour les faits de ce genre, le placenta a pu être examiné. La sage-femme distinguée qui a adressé la pièce, et dont il consignera le nom dans l'observation détaillée, a compris tout l'intérêt que présentait l'examen du placenta et l'a joint à son envoi.

L'examen de ce placenta a montré, ce qui est la règle dans toutes les monstruosités, que le monstre appartenait à une grossesse gémellaire : on trouve deux poches amniotiques enveloppées par un seul chorion. Le cordon ombilical faisant suite à celui du petit monstre, a été injecté à l'aide de l'appareil si ingénieux de M. Latteux, et cette injection a amené celle de toute la masse placentaire. En suivant la petite veine ombilicale, il a paru a M. Depaul qu'elle pouvait être considérée comme une simple bifurcation de la veine ombilicale du cordon, de telle sorte qu'il n'existait qu'un seul cordon pour les deux fœtus et que le même sang servait à nourrir les deux organismes.

Générations spontanées. M. Onimus fait une communication sur ce sujet. M. Pasteur voulait répondre immédiatement ; mais M. le président lui a fait observer qu'il n'était point d'usage de répondre aux lettres des personnes étrangères à l'Académie.

Le travail de M. Onimus a été renvoyé à une commission composée de MM. Pasteur, Colin et Devaine.

La séance est levée à cinq heures.

MÉLANGES ET FAITS DIVERS.

Armée. — Par décret du président de la République, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaires :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe.* — M. Dufour (Gustave-Charles-Bernard), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, en remplacement de M. Astié, retraité.

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe.* — M. Dauvé (Stanislas-Paul), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes, en remplacement de M. Dufour, promu.

3° *Au grade de médecin-major de 1re classe.* — (Ancienneté.) M. Cotte (Paul-Melchoïr, médecin-major de 2e classe au 20e régiment d'infanterie en remplacement de M. Combes, décédé. — (Choix). M. de Courtois (Henri-Amédée), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine, en remplacement de M. Magnier, retraité. — (Ancienneté). M. Le Pelletier (Eugène-Émile), médecin-major de 2e classe au 12e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Perréon retraité. — (Choix). M. Bernard (Désiré), médecin-major de 2e classe au 1er régiment du génie, en remplacement de M. Dauvé, promu.

4° *Au grade de pharmacien-major de 1re classe.* — (Ancienneté). M. Truquet (François-Théophile), pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire du camp de Châlons, en remplacement de M. Beylier, décédé.

Prix proposés par l'Académie des sciences pour 1875 et 1876. — *Conditions communes à tous les concours.* — Les concurrents, pour tous les

prix, sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages envoyés au concours; les auteurs auront la liberté d'en faire prendre des copies au secrétariat de l'Institut.

Par une mesure générale prise en 1865, l'Académie a décidé que la clôture des concours pour tous les prix qu'elle propose aurait lieu à la même époque de l'année, et le terme a été fixé au 1er juin.

L'Académie juge nécessaire de faire remarquer à MM. les concurrents, pour les prix relatifs à la médecine et aux arts insalubres :

1° Qu'ils ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou à rendre un art moins insalubre;

2° Que les pièces adressées pour le concours n'auront droit aux prix qu'autant qu'elles contiendront une découverte parfaitement déterminée et une application bien constatée;

3° Que l'auteur doit indiquer, par une analyse succincte, la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée, et que, faute de cette indication, sa pièce ne sera point admise. Cette analyse doit être en double copie.

— L'Académie décernera pour la seconde fois, dans sa séance publique de l'année 1875, trois prix de dix mille francs chacun (fondation du docteur Louis Lacaze) aux ouvrages ou mémoires qui auront le plus contribué aux progrès de la physiologie, de la physique et de la chimie. Les travaux devront être déposés, manuscrits ou imprimés, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1875.

Prix Savigny, fondé par Mlle Letellier. — Un décret impérial en date du 20 avril 1864, a autorisé l'Académie des sciences à accepter la donation qui lui a été faite par Mlle Letellier, au nom de Savigny, d'une somme de *vingt mille francs* pour la fondation d'un *prix annuel* en faveur des jeunes zoologistes voyageurs.

« Voulant, dit la testatrice, perpétuer, autant qu'il est en mon pouvoir de le faire, le souvenir d'un martyr de la science et de l'honneur, je lègue à l'Institut de France, Académie des sciences, section de zoologie, *vingt mille francs*, au nom de Marie-Jules-César Le Lorgue de Savigny, ancien membre de l'Institut d'Égypte et de l'Institut de France, pour l'intérêt de cette somme de *vingt mille francs* être employé à aider les jeunes zoologistes voyageurs qui ne recevront pas de subvention du gouvernement et qui s'occuperont plus spécialement des animaux sans vertèbres de l'Égypte et de la Syrie. »

Grand prix de médecine et chirurgie. — (Question proposée pour 1866, remise à 1869, à 1872 et enfin à 1876.)

L'Académie avait proposé, comme sujet d'un prix de médecine et de chirurgie, la question suivante : *De l'application de l'électricité à la thérapeutique.*

Les concurrents devaient : 1° indiquer les appareils électriques employés, décrire leur mode d'application et leurs effets physiologiques;

2° Rassembler et discuter les faits publiés sur l'application de l'électricité au traitement des maladies, et en particulier au traitement des affections des systèmes nerveux, musculaire, vasculaire et lymphatique; vérifier et compléter par de nouvelles études les résultats de ces observations, et déterminer les cas dans lesquels il convient de recourir, soit à l'action des courants intermittents, soit à l'action des courants continus.

Dans un rapport où elle a exposé les motifs de son jugement, la commission n'ayant pas jugé qu'il y eût lieu à décerner ce prix, a proposé de proroger le concours à l'année 1876. Ces conclusions ont été adoptées par l'Académie.

Le prix sera de la somme de 5,000 francs.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — M. le président de l'Association générale vient d'adresser une circulaire à MM. les présidents des Sociétés locales, pour leur annoncer que l'assemblée générale de l'Association aura lieu le dimanche 4 et le lundi 5 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria. Voici l'ordre du jour des deux séances de cette session :

Ordre du jour de la séance du dimanche 4 avril (la séance sera ouverte à deux heures précises) : 1° Allocution de M. le président ; 2° exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ; 3° rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Henri Roger, membre du Conseil général ; 4° rapport au nom de la commission spéciale chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères, par M. Durand-Fardel, rapporteur ; 5° compte rendu général sur la situation et sur les actes de l'Association générale pendant l'exercice 1874, par M. Brouardel, vice-secrétaire.

A sept heures le banquet.

Ordre du jour de la séance du lundi 5 avril (la séance sera ouverte à une heure précise : 1° élection du secrétaire général et d'un vice-secrétaire, en remplacement de MM. Amédée Latour et Martineau arrivés à l'expiration de leur mandat (art. 10 des statuts) ; 2° élection de sept membres du Conseil général, en remplacement de MM. Barth, Claude Bernard, Seux, Conneau, Brierre de Boismont, Cabanellas, conseillers sortants et de M. Bardinet, décédé (art. 10 des statuts) ; 3° élection du trésorier de l'Association générale, M. Brun étant arrivé à l'expiration de son mandat (art. 10 des statuts) ; 4° discussion et votes des conclusions du rapport de M. Durand-Fardel, sur les pensions viagères à accorder en 1875 ; 5° élection de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères pour l'année 1876 ; 6° rapport, par M. Bancel, au nom du Conseil général, sur les délibérations des Sociétés locales, relativement à leur participation financière à la caisse des pensions viagères ; 7° rapport de M. Gaillard, au nom du Conseil général, sur le vœu émis par la Société de la Gironde, relativement au rapport des médecins avec les Sociétés d'assurances sur la vie ; 8° rapport de Me Guerrier et délibération sur l'opportunité d'une demande pour l'Association générale en déclaration d'utilité publique ; 9° vœux émis par les Sociétés locales.

Le dimanche 4, à sept heures du soir, aura lieu, au Grand-Hôtel, le banquet offert à MM. les présidents et délégués des Sociétés locales par les membres du Conseil général et de la Commission administrative de la Société centrale.

On peut dès à présent souscrire au banquet (prix 20 fr.), directement ou par une lettre, en s'adressant à M. le docteur Brun, trésorier, 23, rue d'Aumale.

Hôtel-Dieu de Paris.—On sait que le Conseil municipal a prescrit la démolition de l'étage supérieur du nouvel Hôtel-Dieu. Cette démolition a été motivée par la pensée où l'on était que les bâtiments trop élevés empêchaient l'accès de l'air et de la lumière dans les chambres des malades.

Seulement on s'est aperçu qu'on allait trop vite, et que à force de démolir, il ne resterait bientôt plus de place pour les locaux qui doivent être affectés aux services et aux dépendances d'un grand hôpital. De son côté, la Faculté de médecine a exprimé le désir de voir installer dans le nouvel Hôtel-Dieu un institut clinique, où seraient réunis des laboratoires d'histologie et d'anatomie pathologique, ainsi que des cliniques relatives aux mêmes études et telles qu'il en existe dans les principaux hôpitaux d'Europe. Le directeur de l'Assistance puplique a donc décidé qu'il serait sursis à la démolitien du pavillon Nord, et que ce pavillon recevrait l'installation projetée.

Cette décision modifiant l'avis antérieur du Conseil municipal, celui-ci vient d'être consulté. On pense que sa délibération ne se fera pas attendre, et que les travaux interrompus pourront être rapidement repris.

Bulletin des décès dans la ville de Paris. *Du 5 au 12 mars* on a constaté 1,027 décès, savoir : variole, 2 décès ; rougeole, 11 ; scarlatine, 0 ; fièvre typhoïde, 13 ; érysipèle, 6 ; bronchite aiguë, 7 ; pneumonie, 122 ; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 1 ; choléra infantile, 0 ; choléra nostras, 0 ; angine couenneuse, 10 ; croup, 17 ; affections puerpérales, 5 ; affections aiguës, 269 ; affections chroniques, 461 (dont 161 dus à la phthisie pulmo-

naire) ; affections chirurgicales, 25 ; causes accidentelles, 9.

Du 12 au 19 mars, 1,003 décès ainsi répartis : variole, 4 ; rougeole, 15 : scarlatine, 5; fièvre typhoïde, 13 ; érysipèle, 12; bronchite aiguë, 64 ; pneumonie, 108 ; dysentérie, 2; diarrhée cholériforme des enfants, 3 ; choléra infantile, 0 ; choléra nostras, 0 ; angine couenneuse, 14 ; croup, 19 ; affections puerpérales, 9 ; affections aiguës, 254 ; affections chroniques, 425 (dont 154 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 26 ; causes accidentelles, 29.

Nécrologie. — Le corps médical vient de faire une perte sensible dans la personne du docteur J.-B.-G. Dumas. Cet honorable confrère vient de mourir à l'âge de 70 ans, aux suites d'une hémorrhagie cérébrale.

Le docteur Dumas avait su se faire une clientèle nombreuse et choisie. Ses clients appréciaient en lui, non moins l'étendue de ses connaissances et sa grande expérience, que la bonté de son cœur et le dévouement sans bornes qu'il mettait au service de ses malades. Avec ces rares qualités, Dumas comptait beaucoup d'amis qui, jusqu'au dernier moment, lui ont donné les marques de la plus vive affection.

Le docteur Warnier, député représentant du département d'Alger, mort à Versailles le 16 mars, âgé de 65 ans. M. Warnier fit un grand nombre de brochures dans lesquelles il défendit la cause des colons et réclama les institutions civiles. En juillet 1871, les électeurs du département d'Alger le récompensèrent de ses efforts, en le choisissant pour leur représentant. Il connaissait à fond la question Algérienne et prononça dans l'intérêt de la colonie, plusieurs discours excellents qui furent très-remarqués.

Le docteur Martinet, décédé à Vannes à l'âge de 86 ans.

Rendu Alphonse, docteur en médecine, reçu en 1843, décédé à Compiègne à l'âge de 63 ans.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Librairie J.-B. Baillière et fils
19, rue Hautefeille, à Paris.

Les lois de la génération sexualité et conception, par H. M. Gourrier, docteur en médecine de la Faculté de Paris. 1 vol. in-12 de 160 pages. Prix : 2 fr.

Librairie O. Doin, place de l'Ecole-de-Médecine, 2, rue Antoine Dubois.

Menton sous le rapport climatologique et médical, par le docteur Jacques-François Farina. Paris 1875, in-12 de 245 pages, 2 fr. 50.

Librairie de P. Asselin, place de l'Ecole-de-Médecine.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. La première et la deuxième partie du tome XVIe de la première série commençant par la lettre A, la première partie du tome IXe de la deuxième série commençant par la lettre L, la deuxième partie du tome IIe de la troisième série commençant par la lettre Q, viennent de paraître aux librairies G. Masson et P. Asselin, place de l'Ecole-de-Médecine. Elles contiennent les principaux articles suivants :

1re série. — Chimie, par M. Schutzenberger ; — Chine, par M. Morache ; — Chirurgie, par M. Boyer ; — Chloral, par MM. Regnauld et Labbée ; — Chlorates, par MM. Lutz, Gohley et Isamber ; — Chloroforme, par MM. Regnauld et Labbée ; — Chlorose, par M. Parrot ; — Cholora, par M. Laveran.

2e Série. — Mœlle des os, par MM. Marchand et Verneuil ; — Monomanie, par M. Linas ; — Monstres, par M. Ravvine ; Morbidité, par M. Léon Colin.

3e série. — Rate, par MM. Legros, Ch. Robin et Besnier ; — Recrutement, par M. Ch. Ely ; — Rectum, par MM. E. Vidal et Delens ; — Divers articles sur les eaux minérales, par MM. Rotureau ; — de Botanique, par MM. Baillon, de Seynes et Planchon ; — La Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand et Chereau. Prix de chaque volume, 6 fr.

Le rédacteur en chef-gérant,
Dr Hamon de Fressnay.

N° 8. — 15 AVRIL 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

CHRONIQUE

Les sœurs gardes-malades des pauvres à domicile. — La syphilis chez l'homme comme cause de stérilité.

M. Passant s'occupe toujours, avec un zèle digne des plus grands éloges, de l'organisation du service médico-chirurgical des pauvres à domicile. Dans la séance du 10 mars dernier de la Société de médecine des bureaux de bienfaisance, il vient de donner les détails les plus intéressants sur l'institution des sœurs gardes-malades.

Le but de l'œuvre, c'est de resserrer les liens de la famille, et de ne pas séparer de ceux qui lui sont chers le pauvre malade qui, plus que jamais, a besoin de leur tendre sollicitude. « La famille, dans notre siècle si agité, dit notre distingué confrère, c'est le sanctuaire où tous les bons sentiments renaissent ou se réfugient, c'est le séjour où l'âme irritée va chercher ses apaisements, c'est l'école de la solidarité dans le bonheur et dans la souffrance! Ne pas laisser dissoudre de tels liens; respecter la répugnance invincible de ceux qui ne veulent, à aucun prix, se séparer des parents qu'ils aiment, pour aller à l'hôpital; venir en aide aux pauvres délaissés, ou tout au moins assistés d'une manière très-insuffisante : tels sont les mobiles qui ont inspiré les nobles fondateurs de cette œuvre si charitable et si impatiemment attendue, qui nous permettra d'inscrire sur notre drapeau : progrès social, progrès moral, progrès médical, progrès économique. »

Notre opinion, à tous, est faite sur la funeste influence de l'atmosphère nosocomiale. A cette cause léthifère, il importe d'en ajouter une autre dont l'action délétère ne contribue pas, pour une faible part, à augmenter les dangers du séjour des malades à l'hôpital.

Les soins matériels ne suffisent pas à l'être souffrant. Il lui faut aussi, plus que jamais, l'affection, la tendresse de ceux qu'il aime. Il lui faut, en un mot, l'aliment de l'âme. Celui qui sera le plus abondamment pourvu, au point de vue des sentiments affectifs, aura, sans aucun doute, des chances beaucoup plus grandes de guérison que quiconque sera réduit à ne recevoir que des soins administrés par des mains étrangères, ces soins soient-ils les plus intelligents, les plus dévoués.

La nouvelle institution, à laquelle le Dr Passant apporte un si généreux concours, est donc un véritable bienfait pour la classe ouvrière et nécessiteuse. Elle doit avoir pour effet infaillible d'abaisser chez elle la léthalité dans les proportions les plus notables. Aussi, n'a-t-on pas lieu d'être surpris de la rapide extension d

cette œuvre charitable. La première maison, fondée au Gros-Caillou, en 1864, ne comptait que quatre ou cinq sœurs. Aujourd'hui quatre succursales ont été établies, et, dans un prochain avenir, on espère que chacun des 20 arrondissements de Paris possédera également sa maison de gardes-malades.

Veut-on se faire une idée des bienfaits de cette admirable institution? Jetons les yeux sur cette rapide esquisse du Dr Passant :

« Tout, dit cet honorable confrère, tout est gratuit dans leur mandat. Elles se mettent, pour tout, au service des malades malheureux, comme les plus humbles domestiques, exécutent les prescriptions des médecins, soignent les enfants, font les pansements, le ménage, la cuisine, les courses au marché, chez le médecin et le pharmacien, vont chez les sœurs de charité et aux bureaux de bienfaisance pour avoir des secours... Complétement indépendantes, et sans attaches officielles, elles soignent uniquement les malades indigents des deux sexes, à quelque culte qu'ils appartiennent, les femmes en couches, et les affections du ressort de la chirurgie, aussi bien que celles du ressort de la médecine. »

Faisons des vœux pour la rapide extension de cette œuvre admirable, et nous verrons bientôt, espérons-le, se faire un vide de plus en plus sensible dans nos nécropoles hospitalières, et le spectre nosocomial passer enfin à l'état légendaire.

*
* *

Une autre question à l'ordre du jour, c'est celle de la stérilité provenant de l'homme, et occasionnée par la syphilis. Le Dr Laroyenne, dans une récente séance de la Société des sciences de Lyon, a fait connaître plusieurs cas qui semblent de nature à établir l'importance de cette donnée étiologique. Les Drs Coutagne Julien et Laure sont venus à leur tour, déposer de nouveaux faits à l'appui de cette manière de voir. Selon ces honorables confrères, l'examen microscopique démontrerait que les spermatozoïdes disparaissent souvent du sperme des sujets syphilitiques. Il est, du reste d'observation que les unions sont souvent stériles lorsque la liqueur séminale, que ce soit ou non une conséquence de l'infection syphilitique, est dénuée d'animalcules.

Il y aurait là une étude fort intéressante à faire. Il serait très-important de savoir lorsque la syphilis en est cause, si un traitement spécifique ne serait pas susceptible de faire renaître les animalcules dans la sécrétion spermatique.

A ce sujet, notre respectable confrère le docteur Caffe qui, ainsi que l'hirondelle de la fable, a beaucoup vu, et surtout beaucoup retenu, raconte une anecdote que nous croyons intéressant de rappeler en substance. C'est un premier jalon pour la solution de la question que nous venons de poser.

Un riche Américain avait une femme charmante, qu'il se disposait à répudier pour cause de stérilité. L'examen le plus minutieux ne décela aucune anomalie des organes sexuels de la jeune épouse. Or, la cause de la stérilité ne tarda pas à être trouvée dans les conditions présentées par le sperme, chez lequel on constata l'absence d'animalcules spermatiques. Le mari avait eu jadis une syphilis assez mal traitée. Il fut aussitôt soumis à une médication spécifique, qui fut complétée par une saison à Bagnères-de-Luchon. A six mois de date un nouvel examen microscopique permettait de reconnaître, dans la liqueur séminale, le retour des animalcules spermatiques. Depuis cette époque, plusieurs enfants sont devenu le fruit de cette union. C'est ainsi que les deux époux ont dû à notre art bienfaisant un bonheur qui avait été si près d'être anéanti pour toujours.

Dr F. Randon.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

—

HOTEL-DIEU.

Service de M. le professeur RICHET.

1° Affections des os et des articulations.

a. LUXATION SCAPULO-HUMÉRALE (ancienne). — *S'abstenir du chloroforme.* — *Taraudage.* — Bien qu'il existe dans la science des observations de réduction de luxation de l'épaule au-delà de cette limite, M. Richet pense qu'après 4 ou 5 mois, il ne faut agir qu'avec la plus grande réserve. — Si dans ces cas, les muscles et les parties tendineuses, qui *cravatent* en quelque sorte les os, sont souvent les principaux obstacles à la réduction, ces derniers consistent aussi dans des brides ou capsules fibreuses extrêmement solides, de nouvelle formation, qui maintiennent les extrémités osseuses dans leur position vicieuse.

Dans la réduction de ces luxations ou plutôt dans la mise en opposition plus ou moins directe des surfaces articulaires, M. Richet pense qu'il vaut mieux ne pas employer d'efforts trop grands; il ne fait usage que le moins souvent possible du sommeil anesthésique et pratique le *taraudage*, non pas dans le but de refaire, à proprement parler, une cavité nouvelle, ce qui est une chose bien aléatoire, mais dans celui de refouler les tissus en imprimant des mouvements de rotation répétés qui permettent à la tête de reprendre sa place au niveau ou au-devant de la cavité. Ce n'est pas en un mot tout d'un coup, mais petit à petit, qu'on peut arriver à ce résultat.

Pour vaincre et rompre les brides déjà formées, ces mouvements de rotation et de circumduction ont certainement plus d'effet que la traction directe, avec les moufles, qui exige un déploiement de force beaucoup plus considérable, souvent sans résultat, et qui expose le malade, si la luxation est très-ancienne, à des accidents d'une gravité extrême.

b. ARTHRITE FONGUEUSE. — *Ignipuncture.* — Depuis quelques années M. Richet emploie cette méthode de *cautérisation interstitielle* qui lui a donné des succès dans bon nombre de cas, et dont les avantages ont été exposés dans la thèse d'un de ses élèves, l'année dernière.

Voici d'abord quel en est le mode opératoire :

Les petits cautères mis en usage représentent chacun une tige métallique terminée par un manche à l'un de ses bouts; l'autre extrémité (dans l'axe) est renflée en boule, également en métal, sur laquelle se trouve implantée ou vissée une petite pointe (cône pointu) de platine de 3 à 4 centimètres de longueur, dont la partie la plus rapprochée de la boule n'a pas plus de 3 millimètres de largeur. La disposition rectiligne de l'instrument est telle qu'on le pointe et l'enfonce dans les parties malades avec plus de force et de facilité. Cette extrémité étant chauffée au rouge pénètre par sa pointe, brusquement et perpendiculairement, dans la profondeur des tissus fongueux, au milieu des foyers de suppuration, et même au sein des os atteints d'inflammation chronique, puis elle est aussitôt retirée.

Les *avantages immédiats* de cette méthode sont de produire une révulsion presque instantanée extrêmement énergique, de permettre au pus de s'échapper par l'ouverture que laisse le passage du cautère et d'amener une sédation dans l'intensité des douleurs : toute la surface est recouverte soit de compresses humides, soit d'une couche de collodion.

L'effet modificateur consécutif est de déterminer dans tous les points touchés une inflammation substitutive qui a pour résultat la transformation des masses articulaires fongueuses en tissu fibreux résistant concourant à l ankylose de la jointure. M Richet emploie aussi conjointement la compression ouatée sur l'articulation qui vient d'être ponctionnée.

De plus, l'ignipuncture a pour avantage, dans certains cas presque désespérés, de ramener la jointure dans des conditions telles qu'on puisse, au lieu d'amputer, pratiquer seulement une résection, comme

nous en avons vu un exemple dans le service de ce professeur à l'Hôtel-Dieu : il s'agissait d'une arthrite fongueuse et purulente qui ne laissait guère d'autre alternative que le sacrifice du membre, l'ignipuncture fut pratiquée, les phénomènes inflammatoires si intenses se calmèrent, du tissu inodulaire se forma en grande quantité, mais avec une position vicieuse du genou, et, au lieu d'amputer, il fut possible d'effectuer une résection qui se termina par la guérison.

Toutefois, cette excellente méthode n'est pas exempte de tout danger. Nous l'avons vue échouer entre les mains de M. Richet lui-même. Dans un cas où M. Tillaux (Lariboisière) en fit l'application, les symptômes de suppuration prirent un caractère beaucoup plus grave, et dans un autre du service de M. de St-Germain (hôpital des Enfants malades), l'hémorrhagie, suite des piqûres, fut considérable et ne put s'arrêter qu'avec une compression ouatée énergique.

c. Fractures des membres. — *Appareil inamovible de stuc.* — L'appareil plâtré simple a rendu et rend encore de très-grands services (surtout en attelles) dans la thérapeutique des fractures, bien qu'on eût pu le croire un instant détrôné par l'appareil silicaté : mais il offre l'inconvénient de n'avoir souvent qu'une faible cohésion et, par conséquent, de se fendre et de tomber en délitescence. Aussi vit-on, il y a une dizaine d'années, divers chirurgiens chercher à le modifier et à le rendre plus parfait. Ainsi M. Hergott, de Strasbourg, produisit à la Société de chirurgie des spécimens fort ingénieux d'appareils plâtrés rendus imperméables par le *vernis de résine de copal.* Ces appareils, dont la charpente était faite de vieille toile, pouvaient rester pendant quinze jours dans l'eau tiède sans être pénétrés. D'autre part, M. Langenbeck fit construire des appareils analogues et rendus imperméables au moyen de *résine dissoute dans l'éther.*

M. Richet lui a fait subir aussi une heureuse modification : depuis plus de 20 années il s'est constamment servi, dans le traitement des solutions de continuité, *d'appareils plâtrés en stuc.* Ce qui l'a amené à faire ce choix c'est, outre la grande rapidité avec laquelle le plâtre délite, sa trop rapide solidification qui fait obstacle aux manœuvres du chirurgien. Il a démontré que 1 gr. de gélatine dissous dans 500 gr. d'eau retarde environ d'une 1/2 heure la solidification du plâtre et donne, par conséquent, un mélange qui permet d'appliquer l'appareil inamovible sans trop de précipitation, et lui donne un caractère remarquable de résistance, de solidité, de durée et de d'inaltérabilité qui se prolongent pendant tout le laps de temps nécessaire à la consolidation de la fracture. De plus, il est léger, propre, commode et enfin économique. Le chirurgien, suivant sa fantaisie et les besoins nécessaires, peut varier la composition du mélange de façon à hâter ou à retarder la solidification du plâtre. — Il n'emploie jamais d'autre appareil inamovible, car il ne pense pas (Soc. de chir. 1855) qu'aucun autre remplisse aussi bien toutes les conditions requises pour ces sortes d'appareils.

d. Fracture du maxillaire inférieur. — *Immobilisation des fragments.* — *Lavages buccaux.* — *Eviter les accidents de septicémie.* — *Toniques.*

Rien ne ressemble moins à une fracture du maxillaire inférieur qu'une autre fracture du même os.

Tantôt, en effet, même avec la déchirure de la muqueuse (car ici le caractère *compliqué* ne nous semble pas avoir la gravité qu'elle acquiert pour les fractures des membres), il n'existe que peu de gêne, pas de déplacement (une simple fronde soutenue par quelques tours de bande et des mesures de propreté suffisent) : pas d'accident.

Tantôt il survient des phénomènes locaux et généraux graves (suppuration du foyer ; symptômes d'infection putride aiguë). Bien qu'ils soient assez rares, à notre avis, M. Richet y attache une très-grande importance, car dans sa pratique il en a rencontré un nombre considérable d'exemples et il trouve l'explication de leur gravité dans la *complication de la dé-*

chirure du périoste gingival donnant lieu à la suppuration sanieuse du foyer qui, par son ingestion, selon ce professeur, provoque une intoxication générale, une forme de *septicémie aiguë*.

Pour parer à de semblables accidents, voici le traitement qu'il met en pratique :

1° *Immobiliser les fragments*. Ligatures des dents, si c'est possible, avec des fils d'argent. Fronde ou appareil en gutta-percha de Morel-Lavallée.

2° *Contre les accidents de putridité locaux et généraux*. Mesures de propreté portées à l'extrême. Lavages fréquents de la bouche avec l'eau alcoolisée ou additionnée d'une petite proportion d'acide phénique. Gargarismes au quinquina. Toniques et alcooliques à l'intérieur. Purgations. Contre-ouverture sus-hyoïdienne, au point le plus déclive et même drainage pour permettre l'issue à l'extérieur des liquides purulents sanieux et fétides.

L'emploi des *injections chloralées* nous paraît aussi indiqué en pareilles circonstances : elles nous ont rendu service dans un cas de ce genre.

Quant à l'appareil de gutta-percha de Morel-Lavallée, très-bon lorsqu'il n'existe pas de plaie gingivale, il entretient toujours, quand il y a déchirure de la muqueuse, une sécrétion ichoreuse fétide qu'il est très-difficile de combattre, parce qu'on est gêné par l'appareil lui-même, et nous croyons qu'en pareil cas on peut s'en passer, qu'il y a même intérêt à le faire. L'emploi des *purgations* n'est pas généralement adopté par les autres chefs de services des hôpitaux.

e. Luxation du pouce. — *Difficulté de réduction. — Méthode de circumduction. — Nouvelle pince de M. Farabeuf*. — La luxation en arrière est de beaucoup la moins rare et la facilité de réduction est variable, d'abord suivant l'ancienneté du traumatisme, ensuite suivant que le déplacement est *incomplet* ou *complet*.

Dans la fracture *incomplète*, il y a augmentation du diamètre transversal de l'articulation, mais les os ne se croisent pas; aussi la réduction est-elle facile, c'est ce qui explique qu'elle passe quelquefois inaperçue. Pour remettre les surfaces articulaires en place on n'a qu'à saisir le pouce et à presser les saillies en sens inverse.

Il n'en est pas de même des luxations *complètes*; elles ne sont pas toutefois d'une fréquence très-grande, puisque M. Richet, en 20 années de pratique, n'en a observé que six cas. Elles ont toutes ce caractère particulier qu'elles sont très-difficiles à réduire. Si la luxation est récente, il y a certes plus de chance d'arriver au replacement des surfaces articulaires; mais, parce qu'elle est nouvelle, ce n'est pas une raison pour qu'on réduise toujours avec facilité. Des luxations anciennes (c'est-à-dire datant de 10, 14, 15 jours), il n'existe guère que le cas de Vidal (15 jours) où la réduction ait pu être obtenue : passé ce terme elles restent irréductibles.

Depuis les travaux de Hey, Dupuytren, etc, les chirurgiens de nos jours, et M. Richet est du nombre, pensent que c'est dans l'anatomie-pathologique qu'il faut chercher l'explication de cette difficulté à la réduction. Dans ce cas en effet, selon ce professeur, on a affaire à une articulation orbiculaire mobile en tous sens, dont la sangle musculo-ligamenteuse soutient la tête du métacarpien en avant, et c'est bien cette sangle qui, emportée en arrière, vient coiffer la tête métacarpienne; cette dernière passant au-dessous et à travers les deux faisceaux du court fléchisseur, le tendon du long fléchisseur se porte généralement en dedans.

Cette expression d'*articulation orbiculaire, mobile en tous sens*, employée du reste par tous les chirurgiens et les anatomistes de notre époque, ne nous semble pas rigoureusement exacte. Dans notre étude sur les os sésamoïdes chez l'homme (*Journal de l'anatomie et de la physiologie* de M. Robin, septembre 1872), nous nous exprimons ainsi : « Jusqu'ici les auteurs ont » toujours considéré l'articulation méta- » carpo-phalangienne du pouce, à l'exem- » ple des autres articulations métacarpo- » phalangiennes, comme une condylar- » throse (tête ou condyle reçues dans une » cavité elliptique, 4 mouvements) seule- » ment ces mêmes auteurs ajoutaient

» comme éléments accessoires, deux os » sésamoïdes. — Nous croyons, au contraire (et l'évidence est bien plus » grande pour le pied que pour la main), que les deux sésamoïdes du pouce sont » appelés à jouer un rôle beaucoup plus » important que celui qui leur a été dé» volu jusqu'à présent. Réunis à la pre» mière phalange, ils constituent une ca» vité de réception, que nous appellerons » *appareil phalango ou glénoïdo-sésa» moïdien*, destinée à la tête du métacar» pien ; nous espérons démontrer que cette » *articulation complexe métacarpo-pha» lango-sésamoïdienne* présentant dans son » ensemble les caractères d'engrènement » réciproque et ne jouissant en réalité que » de deux mouvements, doit revendiquer » sa place parmi les articulations TRO» CHLÉENNE ou GINGLYME. » — Et plus loin : « La description des surfaces articulaires » de la tête du métacarpien et de l'appa» reil phalango-sésamoïdien, l'enchevê» trement réciproque de ces surfaces nous » permettent de regarder définitivement » cette articulation comme *bi-trochléenne* » ou *bi-ginglymoïdale*. »

De plus nous ajoutions, à propos de la *pathologie des sésamoïdes* : « Dans les cas » de *luxation traumatique* de la première » phalange du pouce, les os sésamoïdes » suivent le déplacement de cette pha» lange en arrière de la tête du métacar» pien : on a par conséquent affaire, non » pas simplement à la luxation de la pha» lange, mais au déplacement complexe » de tout l'appareil phalango-sésamoïdien. » la dénomination qu'il faut donner à ces » sortes de luxation ne doit donc pas être » seulement : luxation de la première » phalange, mais bien : *luxation pha» lango-sésamoïdienne* du pouce. »

Dans la réduction de ces luxations du pouce en arrière, 5 méthodes sont en présence : les 4 premières sont dites *violentes*, la dernière est une méthode *de douceur*. Voici quelle est l'opinion de M. Richet sur chacune de ces méthodes.

1° *Traction directe*. Elle est très-difficile à mettre en pratique : le pouce n'offre pas en effet une prise considérable en raison de sa petitesse, de plus il est encore raccourci par le traumatisme lui-même; aussi pour le saisir solidement a-t-on employé le nœud d'emballeur, celui du matelot, la pince à lanière de cuir à levier assez long (inv. de Charrière, 1837), le système de la clef, pince Stromeyer et ses modifications, pince à anneau de cuir de Cottin, de Lustreman, à courroie, etc., etc.

La contre-extension était pratiquée par A. Cooper sur le premier espace interosseux, ce qui forçait les muscles à se contracter, et, par conséquent, constituait un obstacle à la réduction : de plus ce point d'appui n'est pas suffisant, c'est sur le poignet qu'il faut le prendre. En somme, pour M. Richet cette méthode de traction directe est mauvaise, car plus on tire, plus on tend les muscles et la sangle ; il faudrait produire une rupture pour faire repasser la tête à sa place.

2° *Impulsion directe*. Quoique la jugeant meilleure, ce chirurgien la regarde encore comme bien imparfaite. Elle consiste à repousser la phalange en la faisant glisser sur le métacarpien. Dans cette manœuvre, il faut se rappeler que c'est la phalange que l'on doit chercher à mouvoir, et on ne doit pas s'épuiser en efforts inutiles sur la tête du métacarpien qui, lui, ne peut-être considéré comme luxé : ce dernier os n'a pas bougé, c'est la phalange qui s'est déplacée et sur l'extrémité supérieure de laquelle on doit fortement appuyer deux doigts pour repousser cette phalange en haut et en avant. M. Richet pense qu'il vaut mieux combiner ensemble la traction et l'impulsion.

3° *Impulsion et flexion*. Cette troisième méthode est encore plus facile à décrire qu'à mettre à exécution, car la sangle musculo-ligamenteuse est là qui s'interpose entre les deux surfaces articulaires. Pour la pratiquer, on saisit le pouce avec des pinces *ad hoc* et on le fléchit en avant: dans ce mouvement de bascule, la phalange prend un point d'appui sur la tête du métacarpien (levier du deuxième genre) et quand on a fait cesser peu à peu le croisement, on imprime à la phalange un mouvement d'impulsion qui lui permet de repasser en avant.

4° *Renversement du pouce en arrière*.

Méthode meilleure. Le pouce est saisi, soit avec les doigts, soit avec une pince prenante quelconque (de Robert, de Charrière, etc.), et renversé violemment en arrière et à angle droit; on fait éprouver un mouvement de glissement en avant puis on fléchit brusquement.

5° La dernière méthode ou de *circumduction* préconisée par Roux est, selon M. Richet, la plus rationnelle et celle qu'il préfère de beaucoup, car elle lui a réussi dans certains cas où les autres avaient complétement échoué; par cette méthode, qui consiste à porter le pouce alternativement en dehors et en dedans en lui faisant décrire un cercle, on ne cherche pas à triompher brutalement de l'obstacle, mais on tâtonne et avec de la patience on arrive à faire repasser la tête de la phalange à travers la boutonnière. Dans deux cas où M. Richet avait appliqué les méthodes précédentes, même avec chloroformisation, et sans aucun résultat, ce chirurgien allait renoncer quand il essaya la circumduction et il eut le bonheur de réussir.

La ténotomie ne lui paraît pas indiquée, car elle trop incertaine; d'autre part, quand on a tenté et tenté encore toutes les méthodes qui viennent d'être passées en revue, il ne faut pas s'acharner à vouloir réduire quand même, car à la suite de tractions trop soutenues et trop prolongées, il peut survenir des accidents fort sérieux : on cite un cas d'arrachement du pouce : dans un autre exemple dû à Dupuytren, il survint un phlegmon si grave qu'il fallut pratiquer l'amputation de l'avant-bras à la suite de laquelle le malade mourut. D'ailleurs les personnes atteintes de luxation du pouce non réduite recouvrent des mouvements plus ou moins étendus et suffisants pour leur permettre de se servir assez utilement de ce doigt.

La raison pour laquelle on échoue souvent dans les tentatives de réduction de ces sortes de traumatisme, est qu'on manque de prise sur un appendice aussi court que le pouce, et que les diverses pinces construites glissent sur les tissus et n'atteignent pas le but qu'on se propose.

M. Richet vient de présenter, tout récemment à l'Académie de médecine, une nouvelle pince bien simple et fort ingénieuse imaginée par M. le Dr Farabeuf, prosecteur à la Faculté.

C'est un davier solide, à branches très-longues, qui embrasse le doigt de la même façon que la pince porte abat-jour le fait pour la bougie où elle se trouve placée : les mors représentent deux surfaces concaves, également métalliques, recouvertes

par un revêtement de caoutchouc pour ne pas blesser les téguments, disposées à peu près perpendiculairement sur l'extrémité de l'instrument et destinées à saisir solidement et comme dans un étau la phalange luxée.

Une fois embrassée par cet anneau métallique, cette phalange ne peut glisser et il est facile de lui imprimer, sans crainte de lâcher prise, tel mouvement que l'on veut. Voici maintenant quel est le ma-

niement de cette pince, et sur quels principes M. Farabeuf se fonde, pour opérer à l'aide de son instrument, la réduction de cette variété de luxation : c'est l'inventeur lui-même qui a eu l'obligeance de nous communiquer ces détails.

Et d'abord, après avoir produit plus de 10 luxations de ce genre sur le cadavre et en avoir observé 4 sur le vivant, dont deux avec le plus grand soin (dans les services de M. Dolbeau et de M. Pean), M. Farabeuf reste convaincu que l'irréductibilité, lorsqu'elle existe, tient à la résistance des parties fibreuses et à *l'interposition du ligament gléno-sésamoïdien* et nullement à la boutonnière musculaire.

C'est là un avis que nous partageons absolument, comme le prouvent ces quelques lignes que nous écrivions en 1872 (*loc.cit*): « La difficulté de la réduction de ces » sortes de déplacements peut être due *au* » *moins autant* à la présence des os sésa- » moïdes déplacés qu'à l'étranglement de » la tête du métacarpien dans la bouton- » nière formée par les deux portions du » court fléchisseur. En effet ces os passant » en arrière avec le ligament fibro-carti- » lagineux, dont ils font partie, sont des » portions osseuses, dont il n'est pas du » tout commode, par les moyens que nous » avons à notre disposition, de favoriser » le retour dans leur position normale, » c'est-à-dire au niveau de l'articulation » bi-trochléenne du métacarpien..... » ..... Cette difficulté de réduction est » singulièrement augmentée *par la pré-* » *sence, dans ce ligament antérieur, des os* » *sésamoïdes dont la position vicieuse est* » *maintenue d'une façon énergique par la* » *contraction des deux faisceaux du flé-* » *chisseur.* »

Quand on renverse le pouce d'un cadavre, dit M. Farabeuf, on produit une déchirure partielle du muscle court fléchisseur, une rupture du ligament latéral externe presque toujours et un renversement du pouce en (Z,). C'est la *luxation au 1er degré* ou *luxation vierge de tout traitement*. Cette variété est facile à réduire par la propulsion en avant en saisissant avec les pinces précédentes la phalange de façon à ce qu'elle soit presque perpendiculaire à la tête du métacarpien et en la faisant glisser en avant sur cette dernière dans un plan horizontal. Un point capital est de ne pas ramener le pouce dans la rectitude, mais il est nécessaire, le métacarpien étant fixé et contre-étendu, d'agir de manière à amener la base de la phalange (et devant elle le sésamoïde), d'avant en arrière, puis de fléchir seulement alors. Pourquoi ne faut-il pas fléchir tout de suite et tirer dans l'axe? Pour deux raisons : 1° le ligament latéral non déchiré, l'interne ordinairement, se tend par l'abaissement de la phalange et résiste énergiquement, tandis qu'il est relâché dans la position en (Z) et laisse la phalange plus libre de reprendre sa place.

2° Voici ce qui se passe quand la luxation est arrivée d'emblée à son 2e *degré* ou que le chirurgien a tiré sur le pouce en l'abaissant : les os sésamoïdes ou mieux l'externe, qui est seul en cause, *se retourne* de *façon à ce que sa face cartilagineuse regarde en l'air*. Or, tandis que la 1re *variété* n'exige qu'une propulsion ayant pour effet de permettre à la phalange de chasser le sésamoïde devant elle, comme on chasse une pierre avec le pied, la 2e *variété* ne peut être réduite qu'à la condition que le bord postérieur du ligament gléno-sésamoïdien soit ramené considérablement en avant (6 mm. et plus) près l'extrémité de la tête métacarpienne, pour pouvoir reprendre sa place *sous* cette tête.

M. Farabeuf établit qu'il est possible de ramener une luxation récente de la 2e *variété* (os sésamoïde à surface articulaire retournée) à la 1re (os sésamoïde à surface articulaire dirigée en bas), puis de la réduire, comme il vient d'être dit, par simple propulsion horizontale : mais il croit qu'il est généralement impossible de réduire la 2e *variété* et même le 1er *degré complet* par la traction simple et pense en connaître la raison : ainsi dans le cas observé par lui dans le service de M. Dolbeau (2e *variété*), on échoua même avec les plus violentes tractions et avec l'emploi du chloroforme : huit jours après on pratiqua la section complète sous-cutanée de tous les tissus en dehors : les tractions ne réussirent pas davantage, nouvelle section en dehors,

nouvel échec des tractions. C'est alors que M. Farabeuf, saisissant le pouce dans sa pince et l'instrument à pleine main, put réduire en quelques instants *en relevant* le pouce et en lui imprimant un mouvement de glissement en avant. Certes, dans ce cas il ne croit pas que la section pratiquée par M. Dolbeau ait nui à la réduction, mais il est sûr que c'était le *ligament interne* persistant qui empêchait la réduction, ligament qui se tend quand on abaisse le pouce et se relâche quand on redresse ce dernier, et dont il faut obtenir la déchirure ou provoquer le relâchement.

La preuve de ce qu'il avance lui a été encore fournie par un cas observé dans le service de M. Péan. Dans cet exemple le pouce se mouvait comme un tiroir sur le métacarpien, mais dans une étendue bien insuffisante pour que la réduction s'obtînt et M. Farabeuf a pu se rendre bien compte du lieu de la résistance qui était précisément le point où s'attache le ligament latéral interne et autour duquel, comme centre, le pouce pouvait être balancé comme une pendule. Cette luxation était ancienne, le pouce ne pouvait être facilement redressé : il annonça l'échec des tractions tant que le ligament latéral interne ne serait pas rompu. Après des tractions énergiques qu'on ne pouvait faire malheureusement que dans l'axe et qui furent sans succès, M. Farabeuf saisit le pouce dans la main droite et le renversant en dehors, il rompit à petits coups le ligament interne (comme il a appris à le faire sur le cadavre) : il lui devint possible alors de redresser le pouce et d'exercer dessus des tractions en tenant la pince redressée et à pleine main, pendant que M. Péan se chargeait de la coaptation. Il était quasi évident, dans l'exemple actuel, qu'on avait pu réussir à faire repasser sous la tête métacarpienne la sangle sésamoïdienne grâce au mode de traction propulsive, et surtout grâce à la rupture préalable du ligament latéral interne. La force déployée fut du reste peu considérable et ne dépassa pas 30 kilogrammes.

Dr GILLETTE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Du colchique et de ses propriétés (1).

Syn. lat. Codanium, PLINE ; Cochicum, OFF. ; MATTH. ; J.B. ; DOD. ; Colchicum commune, C. BAUH. ; C. vulgare, OFF. ; C. flore pleno, C. B. ; C. anglicum purpureum et anglicum album, PARCK, GÉRARD.

Syn. franc. Ail des prés, — chénarde, — faux safran, — flamme nue, — lis vert, — mort aux chiens, — naïade des prés, — narcisse d'automne, — safran bâtard, — safran d'automne, — safran des prés, — safran sauvage, — tue chien, — veilleur de cochon de lait, — veilleuse, — vieillotte.

Syn. étr. : Herbstblume ; Hundshoden ; Spinn blumen wurzel ; herbstzeitlosenz wiebel, ALL. — Meadow-saffron, - Autumn crocus, ANGL. — Ocun plany ssafran, BOH. — Uehuard, AR. — Nogne jom fruer ; Nogne hoerer, DAN. — Colquico, ESP. — Colchico, ESP. ; ITAL. ; PORT. ; — Tydeloosen, HOLL. — Bozsiad, POL. — Bezvremennick, RUSS. — Tidloesa, SUÉD. — Mahrout, TURC.

Le colchique d'automne qui forme le type de la famille des colchicacées est une plante vivace, herbacée.

Bulbe solide, plein, à tunique membraneuse noirâtre, auquel adhèrent des racines fibreuses fasciculées. — *Feuilles* grandes, droites, lancéolées d'un beau vert, presque planes, sessiles, embrassantes, aiguës ; entourant les fruits, à nervures parallèles. — *Fleurs* hermaphrodites roses lilas, longues de un décimètre, à tube trigone. — *Périanthe* en entonnoir, à tube trigone, grêle, 5 ou 6 fois plus long que le limbe, à 6 segments oblongs lancéolés, les trois extérieurs plus larges. — *Etamines*, 6, insérées sur la gorge du périanthe. — *Anthères* bi-loculaires, dorsifixes, versatiles. — *Ovaires* à trois loges plurio-

(1) Nous continuerons à donner de temps à autre dans ce Journal, quelques articles sur les *propriétés des plantes*. Nous avons dû, non sans quelques regrets, laisser à d'autres plus jeunes la direction de la *Revue de thérapeuthique*, pour nous livrer exclusivement à notre long travail et hâter son apparition. MARTIN-LAUZER.

vulées, libres au sommet. — *Ovules* horizontaux. — *Styles*, 3, allongés, filiformes stigmatifères au sommet, sur la face interne. — *Fruit*, sec, capsulaire, s'ouvrant en trois valves. — *Graines* à albumen charnu. Les fleurs paraissent seules à la fin d'août et au commencement de septembre. La corolle est un entonnoir dont le tube s'enfonce dans la terre à plus d'un décimètre. Au fond de ce tube l'ovaire repose immédiatement sur le bulbe. Après la fécondation la fleur est détruite par les gelées; mais au printemps les feuilles se montrent et du milieu d'elles s'élève l'ovaire qui, en avril et mai, devient une capsule à trois loges dont les graines murissent en été, tandis que les feuilles se dessèchent.

Le colchique est très-commun dans les prés humides. Quand on voit ses jolies fleurs paraître après la coupe des regains, il annonce à toute la nature la perte des beaux jours; aussi dans le langage des fleurs signifie-t-il : mes beaux jours sont passés.

Linné dit que le botaniste doit commencer ses herborisations lorsque les arbres développent leurs bourgeons, et les terminer à l'époque de la floraison du colchique.

La récolte du colchique est un point très-important. S'il est naturel de ramasser les graines à leur maturité, c'est-à-dire au printemps, et les fleurs lors de leur apparition, il convient également de récolter les bulbes lors de leur complet développement et jouissant au plus haut degré de toutes leurs facultés vireuses. Pour fixer ce moment opportun, il est utile de bien connaître les diverses phases de sa croissance. Au mois d'avril le bulbe semble à son développement normal, mais en l'examinant, on voit qu'il recèle sous son écorce un nouveau bulbe de la grosseur d'un haricot. Ce bulbe s'accroît à partir de la fin d'avril ou du commencement de mai, et il arrive en trois ou quatre mois à son complet développement. Le bulbe primitif décroît à mesure que son successeur grossit, et lorsque celui-ci est complétement formé il disparaît tout à fait.

Le nouveau bulbe est gros, bien plein jusqu'à la fin d'août, époque à laquelle il commence à pousser au dehors son bouquet de fleurs. Il contient déjà sous sa racine le germe fibreux du bulbe qui lui succédera au printemps suivant.

Le moment le plus opportun pour le récolter est donc la fin du mois d'août, au moment où apparaissent les fleurs. Le bulbe est alors dans son complet développement et jouit de toutes ses propriétés, qu'il perd bientôt à mesure qu'un nouveau bulbe lui dérobe en quelque sorte toute sa vitalité. Cette indication précise pour récolter les bulbes suffit, sans que l'on soit obligé de recourir au conseil douteux d'un vieil auteur, qui donne comme moyen de reconnaître que les bulbes sont bons à récolter, d'en humecter une tranche fraîche avec du vinaigre distillé et de toucher avec la teinture de gaïac, la tranche doit prendre une coloration bleue.

Des expériences du professeur Schroff de Vienne, entreprises en 1850 et renouvelées en 1855, confirment l'indication que nous avons donnée, et il en résulte que les bulbes ont le double d'activité en automne pendant la floraison, qu'au printemps et en été. C'est aussi l'opinion de Stotze qui soutient que le bulbe récolté au mois de septembre renferme plus de fécule et d'extrait soluble amer que celui qui est récolté au mois de mars. (*Handb. d. Prackt. Arzneymet.*)

Nous n'oserions cependant pas dire que les bulbes du printemps sont inoffensifs, malgré ce qu'écrivait en 1664 un auteur inconnu; « que les étudiants en médecine mangeaient le cochique, non par graines, mais par racines entières, comme des pommes de terre, sans en ressentir la moindre incommodité. » Et malgré ce que raconte Gilibert, que pendant qu'un professeur de Vienne proclamait le bulbe un médicament très-actif et dangereux, un étudiant qui assistait à la leçon en mangeait plusieurs en présence de ses condisciples sans en éprouver aucun mauvais effet.

Ce qui est plus vrai, c'est que les préparations faites avec les bulbes d'été soit à l'état frais, soit desséchés, sont beaucoup moins actives que celles faites avec les bulbes d'automne, ce qui explique déjà, au moins en partie, les doses fortes et inoffensives de certains auteurs et les doses faibles et très-actives de certains autres.

Pour conserver aux bulbes leurs propriétés, il faut les dessécher, sans les diviser, à l'air libre et au soleil. Ce mode de dessiccation est préférable à tous les autres et permet de conserver ces bulbes plusieurs années sans diminuer leur activité.

On cueille les fleurs avant leur épanouissement par une matinée d'automne chaude et sèche, dans une prairie bien exposée aux rayons du soleil. On doit les employer immédiatement.

Les parties usitées sont les bulbes, les graines et les fleurs.

Dorvault fait observer avec beaucoup de justesse que les feuilles étant vénéneuses pour les animaux qui en mangent, doivent posséder des vertus médicinales manifestes; et qu'il est vraiment extraordinaire, quand elles seraient si faciles à récolter, qu'on soit encore à savoir quels rapports de propriétés elles ont avec les bulbes et les semences.

Propriétés économiques et agricoles.

En Allemagne, il existe dans le commerce une espèce de *salep allemand* constitué ou falsifié avec des bulbes de colchique, coupés de la grandeur et de la forme du salep et qui ne s'en distinguent que par leur couleur plus blanche, leur retrait plus considérable, leurs enfoncements plus nombreux, leur aspect réniforme quand on les coupe en travers, par l'absence d'une peau extérieure, par les traces des sections faites, enfin parce qu'ils ne donnent pas de mucilage avec l'eau, et que leur goût est d'abord douceâtre, puis un peu amère et âcre. Après les avoir taillés de la forme convenable, on les traite par l'eau bouillante et on les sèche bien. Ces bulbes doivent avoir été récoltés en été et ils perdent tout à fait leur cholchicine ou principe vénéneux par la préparation qu'on leur fait subir.

En Suisse, le peuple se sert du colchique comme amulettes; il attache la fleur au cou de ses enfants, et les croit par là à l'abri de tous les miasmes et germes de maladies.

On emploie les feuilles pour teindre les œufs.

Avec la décoction des feuilles on détruit en très-peu de temps les poux du bétail.

Lorsque les souris, les campagnoles, etc. sont trop multipliés dans les champs, les prés, les jardins, on se sert avec succès de la racine de colchique pour les empoisonner. On la pile, on fait une omelette et l'on fait une pâte avec l'omelette et la racine pilée; on en compose ensuite de petites boulettes que l'on enfonce dans les trous. Cela suffit pour tuer tous les animaux qui en mangent.

Le colchique nuit aux prairies. Toutes les parties de la plante ont une odeur forte, nauséabonde; et les feuilles par leur abondance nuisent essentiellement à la récolte et à la qualité du foin. Le bétail ne touche jamais au colchique dans les prairies qui en sont infectées. Cependant les feuilles coupées avec le foin et desséchées n'ont point paru nuire aux animaux nourris à l'étable.

Pour le détruire dans les prairies qu'il infeste et où il occupe la place de bonnes plantes fourragères, plusieurs moyens peuvent être employés. Le plus expéditif à cet effet consiste à rompre le gazon et à le mettre en culture pendant quelques années. On peut encore couper entre deux terres les touffes de feuilles avec le fruit qui s'y trouve, avant qu'il ait laissé échapper ses graines. Un autre moyen consiste à arracher les feuilles deux ou trois années de suite. La mutilation fait mourir la plante; les caïeux ne se produisent plus et le vieil oignon meurt.

Du colchique dans la fabrication de la bière. — L'emploi de la graine vient d'être signalé en Allemagne. Cette industrie toxique rapporte de beaux bénéfices aux brasseurs. Le malt d'orge est remplacé par le sirop de pommes de terre. La bière ainsi obtenue est extrêmement malsaine.

Historique. — Le colchique a été employé comme médicament dès l'enfance de la médecine. Il est cité comme tel dans Dioscoride, dans Galien et dans Pline, qui ont également signalé ses propriétés vénéneuses. C'est sous le nom d'*hermodactilus* d'*hermodacte* que les anciens avaient l'habitude de s'en servir, principalement dans la goutte, pour en raccourcir et en modérer les paroxysmes. L'*hermodacte* est regardé par Prosper Alpin, Halford et Blancard, comme originaire d'une espèce de colchique.

D'après quelques auteurs, Turner, Behrens et plusieurs autres, c'est la racine du *colchicum illyricum*; d'autres lui donnent pour origine le *colchicum variegatum* ou *C. tenuilanum*, espèces indigènes de l'Europe méridionale et de l'Orient. L'hermodacte, en effet, nous vient d'Egypte.

Les Chinois emploient depuis fort longtemps le colchique, c'est le *C. variegatum*. Ils s'en servent encore maintenant beaucoup contre les fièvres, la toux, la dysurie, les hémorrhagies. Il croient qu'il augmente la sécrétion lactée et fait disparaître les abcès mammaires. (*Mat. méd. des Chinois.*)

Storck le premier, en 1763, appella l'attention des médecins sur les propriétés du colchique. Il l'introduisit dans la pratique, surtout contre les hydropisies, contre les affections des organes respiratoires et contre la goutte. Il le proposa comme un puissant succédané de la scille et il composa son oxymel de colchique. Cette préparation fut longtemps employée.

Vers 1815 on parla beaucoup, en Angleterre, des propriétés anti-arthritiques du colchique à l'occasion des succès de *l'eau médicinale de Hudson* contre la goutte et le rhumatisme. Wandt le premier publia, à cette époque, des succès obtenus dans ces maladies par la teinture alcoolique du bulbe.

Plus tard, Everard Home préconisa le vin de bulbe.

En 1820 Williams employa le vin de semences comme ayant une action plus douce et plus sûre.

Copland, puis Th. Bushell ont préféré les fleurs qu'ils ont employées en vinaigre et en teinture. Coindet de Genève adopta la teinture de fleurs et s'en servit avec beaucoup de succès. Aran et Debout voulurent faire revivre cette préparation et substituer les fleurs à toutes les parties de la plante comme donnant une préparation beaucoup moins variable et partant plus applicable.

La teinture de semences paraît avoir été plus généralement employée, excepté peut-être en Angleterre où le vin de colchique est toujours la préparation la plus usuelle.

Pharmacologie et Chimie.

Le bulbe de colchique au moment de la récolte est ovoïde, plus ou moins gros (comme une noix), convexe d'un côté, comprimé de l'autre avec une rainure longitudinale occasionnée par la présence de la hampe qui laisse en tombant une petite cicatrice. Sa tunique externe est coriace, brune et veinée. Le parenchyme est blanc, solide, charnu, succulent, d'une odeur désagréable, fétide (de bouc) à l'état récent, d'une saveur âcre, brûlante, corrosive. Il contient un suc laiteux. Wigan propose de réduire le bulbe, dès sa récolte, en poudre fine et de le mélanger avec deux ou trois fois son poids de sucre pulvérisé.

Les bulbes d'automne frais et ceux séchés à l'air et au soleil qui, nous l'avons dit, ne perdent rien de leur activité par cette préparation et par leur conservation, sont les uns et les autres plus actifs que les semences. Oberlin serait d'un avis contraire, et préfère les semences en raison de la constance de leur richesse en colchicine.

Les bulbes d'été à l'état frais et desséchés sont moitié moins actifs que le bulbes d'automne dans des conditions pareilles.

Les graines ou semences sont sphériques, brun noirâtre, rugueuses, du volume d'une tête d'épingle, d'une saveur amère.

Elles perdent de leurs propriétés en vieillissant. Il convient de les renouveler chaque année. Ce sont les parties du colchique les plus employées. Les médecins le croient moins âcres, moins vénéneuses et tout aussi efficaces que le bulbe.

Les fleurs ne s'emploient qu'à l'état frais.

On ne sophistique pas les diverses parties du colchique.

Modes d'administration. A l'intérieur on donne les préparations suivantes :

Bulbes. *Poudre de bulbes*, de 5 à 10 centigr. comme sédatif ; de 10 à 30 comme purgatif, en pilules. — *Poudre* (Giacomini). Poudres de racines ou bulbes, 0, 20 ; sucre pulvér. 4,00. En huit doses, une toutes les deux heures. — Pilules : Poudre de racines, 0, 20 ; gomme ammoniaque, 0, 20 ; pour 20 pilules. Une toutes les deux heures.

Extrait alcoolique de bulbes (peu usité),

2 à 20 centigrammes en pilules ou en solution dans un liquide.

Extrait acétique de bulbes (Ph. Lond.): Bulbes frais, 370,00; acide pyroligneux (vinaigre de bois), 75,00. Pilez les bulbes; ajoutez peu à peu l'acide à la pulpe; passez; exprimez; filtrez; faites évaporer au bain-marie dans une capsule de verre ou de porcelaine. — Doses : 1 à 5 centigr. comme sédatif; 6 à 20 comme purgatif.

Extrait acétique de bulbes secs (Scudamore). Bulbes secs pulv. Q. V.; vinaigre distillé Q. S. Épuisez les bulbes par le vinaigre; passez; exprimez; filtrez; faites évaporer au bain-marie. Doses, 2 à 30 cent.

Alcoolature de bulbes (Codex). Bulbes récents; alcool à 90°, parties égales. Contusez, ajoutez l'alcool; après 10 jours de contact, passez avec expression, filtrez. Doses : 0,50 à 1 gramm. et 1 à 2 grammes.

Teinture alcoolique de bulbes (Codex). Tranches de bulbes secs, 100; alcool à 60°, 500. Faites macérer pendant dix jours; passez avec expression; filtrez. Doses : 0,50 à 2 gramm. et 2 à 4 grammes.

Vin de bulbes (Codex). Bulbes en tranches, six parties; vin de Malaga, cent. Contusez les bulbes; faites-les macérer pendant dix jours dans le vin, en agitant de temps en temps; passez avec expression et filtrez. Doses : 1 à 5 gramm. et de 5 à 15.

Vinaigre de bulbes (Codex). Bulbes secs, 100; vinaigre blanc, 1200. Pulvérisez grossièrement les bulbes, mettez-les dans un matras avec le vinaigre; faites-les macérer pendant huit jours en agitant de temps en temps; passez avec expression et filtrez. — Storck le préparait avec les bulbes récents. — Le vinaigre de colchique s'altère facilement. Il ne sert guère qu'à préparer l'oxymel. Doses : de 20 à 30 gouttes, en potion (Giacomini), de 1 à 10 grammes.

Oxymel de bulbes (Codex). Vinaigre de colchique, 500; miel blanc, 2000. Mettez les substances dans une bassine d'argent ou dans une capsule de porcelaine; faites cuire jusqu'à ce que ce mellite bouillant marque 1,26 au densimètre (30° Baumé). Clarifiez à la pâte de papier et passez. Cette préparation s'altère facilement; elle s'emploie surtout comme diurétique et expectorant. Nauman soutient que l'oxymel de colchique surpasse tous les autres diurétiques. Doses : de 5 à 15 et de 15 à 50 gr.

Mellite de bulbes (Codex). Bulbes secs en tranches, 50; eau bouillante, 300; miel blanc, 600. Faites infuser les bulbes dans l'eau pendant 12 heures; passez avec expression, laissez déposer; décantez. Ajoutez le miel à la liqueur; faites cuire jusqu'à ce que ce mellite bouillant marque 1,27 au densimètre (31° Baumé). Clarifiez à la pâte de papier et passez. Dose : 10 à 50 grammes.

SEMENCES. *Poudre de semences.* Mêmes doses que celles de bulbes. Préparation considérée comme plus sûre que cette dernière.

Infusion de semences. 1 à 5 grammes dans 200 grammes d'eau; à prendre par doses dans la journée.

Extrait alcoolique de semences (Codex). Semences, 1000; alcool à 60°, 6,000; eau distillée, Q. S.; Réduisez les semences en poudre grossière; faites les digérer à une douce chaleur, pendant quelques heures, dans la moitié de l'alcool; passez avec expression. Faites digérer le marc dans la seconde moitié de l'alcool; passez et filtrez les liqueurs réunies. Retirez par distillation toute la partie spiritueuse; concentrez le résidu au bain-marie. Faites dissoudre le produit dans quatre fois son poids d'eau distillée froide. — Dose : 1 à 12 centigrammes en pilules.

D'après Hirtz cette manière de préparer l'extrait en *pulvérisant grossièrement* serait défecteuse et priverait l'extrait de la plus grande partie de ses principes actifs, Hepp de Strasbourg prépare son extrait avec des semences *pulvérisées très-finement* et reprises avec l'alcool à 85°; de cette manière, dit Hirtz, il obtient une préparation bien plus active.

Nous ne saurions partager cette opinion qu'après des expériences comparatives. Car en thèse générale, il est certain que le broiement complet peut enlever aux poudres une partie de leur arome et de leurs propriétés.

Teinture de semences (Codex). Semences pulvérisées, alcool à 60°, 10. Faites macérer

pendant dix jours; passez, exprimez, filtrez. Cette teinture de semences serait plus constante dans sa composition que la teinture de bulbes. Doses: 0,50 à 2, et 2 à 4 gr.

Vin de semences. Se prépare comme le vin de bulbes. Dose : 1 à 5 et de 5 à 15 gr.

Fleurs. *Alcoolature de fleurs* (Codex). Fleurs récentes, alcool à 90o parties égales. Contussez les fleurs; ajoutez l'alcool; après dix jours de contact, passez avec expression; filtrez. Doses : 0,50 à 1 et de 1 à 2 grammes.

Extrait de fleurs. Suc de fleurs évaporé dans le vide. Pour l'usage externe.

Saccharure de fleurs. Suc frais de fleurs 100 ; sucre, 300. Desséchez dans le vide. Dose : 1 à 4 grammes.

A l'extérieur. On emploie les teintures et l'extrait de fleurs en frictions et le bulbe en cataplasme.

Quand on prescrit une préparation de colchique, on doit indiquer si elle doit être faite avec le bulbe, les semences ou les fleurs l'absence d'indication fait toujours supposer que c'est une préparation de bulbes que l'on a en vue.

Voici quelques recettes célèbres.

Eau médicinale de Hudson. Bulbes frais, une partie ; alcool, deux parties.

Teinture de Wilson. Bulbes récents, 30; alcool 250. Faire macérer pendant 15 jours et filtrez. 1 à 4 gr.

Mixture antigoutteuse de Devooght. Mucilage de gomme arabique, 90 grammes ; teinture de colchique, 15 ; sirop de racine de rhubarbe, 30. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Vin de colchique opiacé d'Eisemann.

Vin de semences, 12 grammes ; teinture d'opium safrané (Laudanum de Sydenham), 4 grammes. 20 à 30 gouttes trois à quatre fois par jour.

Spécifique de Reygnold. Vin de Xérès, 500,00; bulbes de colchique, 250,00; aromatisez avec rhum, 30,00 ; colorez avec sirop de cochenille, Q. S. Dose : 20 à 30 gouttes dans un verre d'eau.

Le colchique fait la base de la plupart des préparations secrètes vantées contre la goutte : de l'*anti-goutteux de Want*, des *pilules de Lartigue*, du *vin Andurant*, de l'*élixir Laville*, de la *teinture de Cocheux*. L'auteur de cette dernière préparation prétend avoir débarrassé le colchique de son principe drastique, qu'il regarderait conséquemment comme nuisible. Home, célèbre praticien anglais, qui a beaucoup expérimenté sur le colchique, a fait, il y a longtemps, une remarque qui coïnciderait avec cette manière de voir. En effet, suivant cet auteur, il n'y a rien à craindre de fâcheux de l'emploi du vin de colchique, pourvu qu'on le prive, par filtration, d'un sédiment ou dépôt qui se forme au bout de quelque temps de préparation, et qui est si actif, qu'une petite quantité enflamme et ulcère les membranes de l'estomac. S'il faut en croire Pillas, pharmacien à Meaux (1860) la teinture de colchique subirait également une altération après quelques mois de préparation. Il n'en donne ni la raison ni le remède. Peut-être trouverait-on l'une et l'autre dans ce que dit Home du vin de colchique.

De la vératrine et de la colchicine. — En 1810. Melander et Moretti et longtemps après Pelletier et Caventou crurent reconnaître que le principe amer du colchique est le même que celui qui existe dans l'ellébore blanc, *veratrum album* L. et dans la cévadille, *veratrum sabadilla* et ils lui donnèrent le nom de *vératrine*. Pendant plusieurs années ce principe amer du colchique fut employé et réussit sous le nom de *vératrine*. C'était une erreur. Il n'y pas de vératrine dans le colchique.

En 1832 Buchner retira le premier du colchique, sous le nom d'*extrait amer*, de la colchicine impure. En 1833 l'alcaloïde fut isolé par Geiger et Hesse qui lui donnèrent le nom de *colchicine*. Suivant ces auteurs l'alcaloïde dont il s'agit, c'est-à-dire la *colchicine*, se distingue de la *vératrine* par plusieurs caractères; il est soluble dans l'eau et l'alcool, et de plus il est cristallisable; sa saveur est amère, mais il ne possède pas les propriétés irritantes et sternutatoires de la vératrine.

En 1857 Oberlin crut reconnaître un principe actif mal défini et différent de la *colchicine* de Geiger et Hesse. A ce dernier produit Gunther qui en a le premier donné la formule, propose d'attribuer le nom de

colchicéine et de réserver le nom de *colchicine* à un alcaloïde extrait par lui, en 1864, des semences du colchique.

La *colchicine* de Gunther est une poudre amorphe d'un jaune soufre, son goût est fort amer, son odeur se rapproche de celle des foins coupés. Insoluble dans l'éther, elle se dissout dans l'alcool et dans l'eau.

Pour retrouver la *colchicine* dans le corps humain, on devrait épuiser les organes par de l'alcool faible, filtrer, concentrer à feu doux; la colchicine ne dialyse pas. Nous ne savons si elle précipite par l'iodhydrargyrate de potasse. Il faudrait rechercher, dans la solution alcoolique, la colchicine en soumettant cette solution aux réactifs suivants :

Les acides minéraux et les alcools donnent une coloration jaune intense.

Le chlorure d'or détermine la formation d'un précipité jaune floconneux.

Le chlorure de mercure donne un précipité blanc. Une réaction facile à produire serait la suivante : la colchicine, dans l'acide sulfurique, le colore en jaune foncé; si à ce moment, on introduit dans la solution un bâton de verre trempé dans l'acide nitrique, tout autour du verre on voit la coloration passer du bleu foncé au violet, au brun jaune, puis redevenir jaune.

En ajoutant de l'ammoniaque, la coloration, de jaune devient rouge pelure d'oignon; elle redevient jaune par addition d'acide.

Telles sont les seules réactions connues de la colchicine : quelques-unes appartiennent à d'autres alcaloïdes; aucune n'est assez caractéristique pour qu'il soit possible de faire autre chose que *soupçonner* la colchicine. (Olivier et Bergeron.)

Doses et administration de la colchicine. — Pilules de colchicine contenant un milligramme. Dose : 1 à 6.

Pommade de colchicine : colchicine, 0,20; axonge, 30,00; pour frictions.

On a peu étudié les substances synergiques et auxiliaires du colchique.

Parmi les substances que l'on pourrait appeler antagonistes, il faut noter :

L'alcool. Il enlève peu de matières solubles aux bulbes, et de plus il affaiblit les propriétés toxiques; aussi Giacomini regarde-t-il la teinture de bulbe comme presque innocente. Il est probable que c'étaient des bulbes d'été et non des bulbes d'automne. L'alcool enlève plus de parties solubles aux semences. C'est surtout pour atténuer ou prévenir l'action hyposthénisante du colchique que l'alcool peut être utile.

Le vinaigre, comme les acides, atténue les propriétés du colchique.

Le miel combat son action irritante sur les intestins et facilite son élimination par les urines.

L'opium calme également ses effets rastriques et modère son action hyposthénisante.

Quelques aspirations d'ammoniaque liquide font disparaître les troubles d'ailleurs passagers du sensorium.

Parmi les substances incompatibles on a cité les préparations d'iode.

Dr Martin-Lauzer.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Emploi excessif de la morphine par la méthode hypodermique; trois cents aiguilles retirées du corps d'une femme aliénée, par le docteur Judson B. Andrews. — Une femme de trente ans, sans germe héréditaire, mais très-nerveuse et très-impressionnable, tantôt légère et gaie, tantôt triste et abattue, devint sujette, vers l'âge de vingt ans, à des maux de

ête. Ils étaient de courte durée, mais violents et accompagnés de délire qui paraît s'être manifesté aux époques menstruelles. A cet état, vinrent se joindre des vomissements qui se répétèrent quelques heures pendant cinq semaines. On combattit ces symptômes par des injections hypodermiques de morphine pendant une semaine et la malade revint complétement à la santé. Deux ans après, il lui survint une inflammation des intestins et une péritonite, puis elle eut de fréquentes attaques d'un délire furieux, pendant lesquelles elle menaçait de se tuer, de tuer sa mère. Son médecin apprit d'une manière certaine que, pour calmer les douleurs qu'elle ressentait dans les membres et dans les différentes parties du corps, elle faisait un usage immodéré de morphine en injections hypodermiques, et qu'elle en employait un drachme par semaine, et quelquefois même deux. On pense qu'elle a eu longtemps recours à cette substance.

Peu de semaines avant d'être envoyée à l'asile, elle eut un accès de manie aiguë. Lorsqu'on l'examina dans l'établissement, on trouva sur son corps des escharres et de nombreuses taches ecchymosiques. Elle affirma avoir employé, depuis trois ans et demi, une et deux fois par jour ces injections de morphine. Pour arriver à son but, elle se servait d'une aiguille qu'elle introduisait perdendiculairement et quelquefois même dans toute sa longueur. L'emploi du choral à la dose de trente grains fit cesser les vomissements auxquels elle était sujette et elle reprit de l'embonpoint. Le second mois, à l'époque de ses règles, le sein droit devint si volumineux qu'on fut obligé de le suspendre avec une courroie ; il était dur et extrêmement sensible au toucher.

Au bout de quinze jours, la malade, en passant sa main sur son sein, sentit un point douloureux sous la peau dont la pression lui fit éprouver une douleur poignante. On pratiqua une incision qui permit d'extraire une aiguille cassée. A partir de ce moment, et durant cinq mois, on ne cessa d'extraire des aiguilles des différentes parties du corps, et notamment du sein gauche, des parois abdominales, du mont de Vénus, des grandes lèvres et du vagin. Plusieurs passèrent par l'urèthre et rendirent l'émission des urines difficile et pénible. Quelques-unes traversèrent le vagin, d'autres furent retirées des cuisses, des jambes, du pourtour de l'anus, du dos, d'entre les épaules. Le plus grand nombre de ces aiguilles, extrait en un jour, fut de douze.

Pendant les deux premiers mois, l'extraction des aiguilles fut comparativement peu douloureuse, la peau était épaisse, sèche et presque insensible, à raison de l'usage prolongé des injections. Plus tard la souffrance devint très-aiguë. La malade demandait, les larmes aux yeux, qu'on en différât de jour en jour l'extraction. Le sixième mois elle perdit l'appétit, le sommeil, tomba dans le coma et mourut.

Pendant sa vie on avait retiré de son corps 286 aiguilles ; à l'autopsie on en trouva encore 14.

La seule explication possible qu'on pût obtenir d'elle, fut qu'elles avaient été introduites par la peau, tandis qu'elle était sous l'influence des injections hypodermiques de morphine et en proie à l'hystérie.

L'inspection du cadavre montra que la partie antérieure du corps était parsemée de petites cicatrices. Il y avait deux abcès dans les parois de l'abdomen ; le sein droit contenait une aiguille entière, quatre brisées, et le sein gauche une entière et deux brisées.

L'arachnoïde était opaque et épaissie sur l'hémisphère droit, l'hémisphère gauche était couvert d'une couche mince de pus, contenue dans l'espace sous-arachnoïdien. Le plexus choroïde contenait de nombreux petits kystes remplis de sérosité. La base du poumon gauche était hépatisée, une aiguille entière fut rencontrée dans la partie supérieure du lobe inférieur du poumon gauche. L'estomac était dans son état normal. (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1874.)

Traitement des obstructions intestinales, par l'injection dans l'intestin de quantités énormes de liquide (*Atlanta medical Jour-*

nal). — Le docteur Battey conseille contre les obstructions intestinales, l'injection par l'anus de quantités considérables de liquide. En mettant le patient sur les genoux et les coudes, et le maintenant dans cette position, il est possible de lui introduire des quantités énormes de liquide dans le canal intestinal.

On doit préparer 18 litres environ d'eau chaude à la température du corps. On emploie une grande seringue. Dès que le malade se plaint de la distension, on attend un peu; puis, lorsque le ténesme est passé, on pousse de nouveau doucement. Un aide soutient les bords de l'anus avec les deux mains munies d'une serviette. Quand on sent que la résistance ne va plus être possible, on presse rapidement et brusquement le piston de la seringue, puis on la retire.

Une série de cas de succès ont été publiés. Dans l'un d'eux, un garçon de 12 ans reçut six litres de liquide; un homme de 55 ans en reçut plus de douze litres. Ces malades guérirent.

M. Battey affirme que l'eau injectée ainsi franchit la valvule iléo-cœcale, et peut même arriver à la bouche. Une femme de vingt-trois ans souffrait d'une obstruction intestinale. On lui injecta doucement de l'eau savonneuse dans l'intestin. Neuf à dix litres de liquide avaient été introduits lorsque la malade fut prise de vomissements abondants, et elle déclara qu'elle sentait le goût savonneux dans sa bouche.

Une autre fois, un homme de soixante ans, atteint de hernie étranglée, fut endormi, et on lui injecta de l'eau tiède dans le rectum jusqu'à ce que des vomissements très-abondants, de matière incolore, fissent penser que le liquide avait traversé l'estomac. Ce malade guérit.

Sur le cadavre, des injections abondantes dans le rectum ont fini par arriver à la bouche.

Le liquide agit en déplissant l'intestin ou en désagrégeant les matières intestinales. Le docteur Battey croit le premier avoir démontré que de telles quantités d'eau, 12 à 15 litres, peuvent être introduites sans danger, et que le liquide injecté par l'anus peut arriver à la bouche. Il préfère cette injection à celle de l'air qui est irritante; aux matières gazogènes, dont on ne peut mesurer l'action. Il conseille de l'employer le plus tôt possible, avant qu'il n'y ait d'altérations profondes des parois de l'intestin. La méthode ne deviendrait dangereuse que si on employait une pompe trop forte.

(*Medical Record*. et *Journal de méd.*)

De la sueur des pieds. — L'exagération de la sueur des pieds, outre l'inconvénient qu'elle occasionne par son odeur repoussante, ramollit l'épiderme et favorise la formation d'ampoules qui rendent quelquefois la marche ou la station debout fort difficile. Le meilleur moyen, a employer dans ce cas, c'est le tannin, dont il suffit de saupoudrer les chaussures tous les deux ou trois jours.

Sous son influence, l'épiderme se durcit tout en conservant la propriété de laisser passer la transpiration, et, en même temps, le tannin se combine aux produits ammoniacaux qui s'exhalent de la peau, de façon qu'il n'existe plus de mauvaise odeur.

A défaut de tannin, de la poudre d'écorce de chêne, de la poudre de quinquina arrivent au même résultat, mais à dose un peu plus forte.

Quelquefois, cependant, la sueur des pieds constitue une véritable maladie, qu'il s'agit alors de détruire entièrement. Et voici le traitement qu'emploie le professeur Hardi, et qui réussit très-bien.

On applique sur la plante des pieds un morceau de diachylon qu'on renouvelle tous les matins, après avoir frictionné vigoureusement la partie avec de la flanelle. Pendant le traitement, les malades s'abstiennent de marcher, et la guérison est complète après quinze à vingt jours.

Il est certains cas, toutefois, où il pourrait être dangereux de supprimer ainsi complétement cette sorte d'émonctoire naturel, c'est lorsqu'on peut craindre chez le malade une affection diathésique ou constitutionnelle, soit qu'il paraisse en avoir les germes, soit qu'il descende de parents qui en ont été atteints ; mais s'il est vigoureux et d'une bonne santé

habituelle et qu'on ne trouve rien chez ses ascendants, on ne doit pas hésiter, car il n'y a rien à craindre.

(*Archives belges de thérapeutique.*)

Irritant de la peau. — Le Dr *George Dickinson* recommande une solution de 1 p. d'acide phénique, de 4 p. d'acide acétique et de 4 p. d'eau pour badigeonner. Selon l'auteur, cette solution est bien plus efficace que la moutarde et la vératrine, elle ne produit ni pustules, ni vésicules, et son action est beaucoup plus prompte que celle des autres irritants cutanés. Pour les enfants il faut diminuer la solution, à moins qu'on ne veuille obtenir une révulsion immédiate, de même pour les maladies de la peau, pour tuer les parasites, pour le pruritus ou la formication. Contre les ulcères serpigineux ou phagédéniques, gangréneux ou hémorrhagiques, on emploie cette solution diluée (environ une cuillerée à bouche pour une canette d'eau) en pulvérisation. Dickinson a recours à cet irritant surtout dans les cas chroniques « affections chroniques de l'épine dorsale, paralysie agitante, chorée, névralgies, ischias, congestion des méninges cervicales et spinales et autres affections nerveuses. » Ce remède ne doit pas être appliqué plus de deux fois par jour ; une fois qu'il a agi on l'applique plus rarement, tous les deux jours. (*Philad. med. and surg.* Reporter, 1873).

Deux cas de pseudarthrose traités avec succès par la teinture d'iode, par le Dr Guido Bell, d'Indianopolis (*Betz's memorabilien*, XIX, 5, 1874).— Sans entrer dans les détails de ces deux intéressantes observations, qu'il nous suffise de dire que dans l'un et dans l'autre cas, l'auteur plaça l'extrémité intéressée dans un bandage plâtré, auquel il ménagea une fenêtre par laquelle il pratiqua journellement des badigeonnages de la plus forte teinture d'iode additionnée d'iodure de potassium, n'en dispensant l'usage que quand une forte inflammation de la peau l'y contraignait. Dans le premier cas, abstraction faite d'une pareille interruption, cette application eut lieu pendant 4 semaines, dans le second pendant 8 semaines, ces deux cas se terminèrent heureusement, par la consolidation de ces pseudarthroses des os de l'avant-bras.

Moyen simple de faire le tamponnement des fosses nasales. — A défaut de sonde Belloc, on peut tenter d'opérer le tamponnement des fosses nasales de la façon suivante : on prend un fil ordinaire long de 50 centimètres environ, on l'enduit bien de cérat, et l'on roule l'une des extrémités de façon à obtenir une boule de la grosseur d'un petit pois. Cela fait, on introduit cette petite boule dans la narine qui donne le sang et l'on fait exécuter au malade une forte aspiration.

Si l'on réussit, on voit, en faisant ouvrir la bouche au malade, le petit peloton pendre sur les côtés de la luette, et avec une pince on l'attire au dehors. On peut alors opérer facilement le tamponnement. *L'indépendente.*)

Evacuation par l'aspirateur, d'un utérus gravide en rétroversion. — M. A. Bell, de Newcastle, rapporte qu'il fut appelé par une dame enceinte de cinq mois, arrivée à un degré d'émaciation considérable ; depuis la septième semaine de sa grossesse, elle avait constamment souffert du ventre, souvent avec violence. Son urine était purulente et ammoniacale. Un examen complet montrait que l'utérus en rétroversion constituait une tumeur fluctuante douloureuse, absolument impossible à réduire. L'auteur pratiqua par le rectum une ponction aspiratrice dans la tumeur, constituée par l'utérus, pour évacuer le liquide amniotique. Cette opération fut suivie d'un grand soulagement sans accident. Le fœtus fut expulsé au bout de trente-six heures et la malade guérit rapidement.

(*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

Luxation du testicule droit. — Un artilleur de 31 ans, tombé de l'affût d'un canon, fut trouvé sans connaissance, étendu sur le ventre, le sabre entre les jambes. A son réveil on constata au

tiers de la cuisse une petite tumeur, qu'on prit pour une bosse sanguine. Deux jours après, un examen plus approfondi fit découvrir le testicule droit sous la peau de la partie interne de la cuisse, au niveau du bord du scrotum. On pouvait le refouler en haut, au prix de très-vives douleurs. La bourse droite était vide.

Après quelques jours de repos on put effectuer la réduction de l'organe luxé.

Le docteur Hess pense que le testicule s'est déplacé en suivant le trajet du canal inguinal et que, par suite de la résistance opposée par le sabre, il n'a pu reprendre sa place, mais a été repoussé sous la peau de la cuisse.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

De l'oxyde de zinc contre les diarrhées rebelles des enfants. — Dans les diarrhées rebelles des enfants, dans celles qui surviennent à l'époque de la dentition, qui causent un amaigrissement rapide et amènent souvent des troubles nerveux, le docteur Domenico Barduzzi, suivant en cela la méthode de l'hôpital des enfants d'Edimbourg, prescrit l'oxyde de zinc. Ce médicament peut s'administrer dans une potion mucilagineuse ou dans du lait. La dose peut être élevée de 5 à 50 centigrammes. On doit commencer par de faibles doses.

Des succès ont été ainsi obtenus ; toutefois, ils ne sont pas encore en assez grand nombre pour qu'on puisse affirmer l'efficacité de l'oxyde de zinc dans tous les cas. (*Lo Sperimentale*, fascicolo 12°, 1874.)

Méthode pour introduire les liquides dans la vessie sans pratiquer le cathétérisme. — Pour éviter les accidents que provoque souvent le cathétérisme, et en particulier l'hématurie, qui constitue le plus fréquent, Leissl, de Vienne, conseille la méthode suivante, dans le cas où l'on veut pratiquer une injection intravésicale : on place la pointe de la canule d'un irrigateur dans le méat urinaire, en prenant bien soin de relever la verge contre la paroi abdominale. Au bout d'un temps, variant d'une seconde à quelques minutes, le malade éprouve la sensation particulière qui indique la rentrée dans la vessie du liquide injecté. C'est la différence de niveau entre cet organe et l'irrigateur qui facilite le passage du liquide dans sa cavité.

Sulfate de quinine. *Son action topique.* — De Dr Douglas Morton appelle l'attention sur l'action topique du sulfate de quinine qui modère et modifie la suppuration. Il a injecté avec succès, après l'empyème, une solution de 60 centigrammes dans 60 ou 100 grammes d'eau qu'il laissait dans la cavité. Cela était fait après les lavages à l'eau phéniquée. Il a employé du sulfate de quinine dans la blennorrhagie. Il l'a incorporé à un onguent, appliqué sur des ulcères, 60 centigrammes par 30 grammes. Dans les fistules d'un abcès mammaire, il a injecté chaque jour une solution de 60 centigrammes dans 30 grammes d'eau. Dans tous les cas, le sulfate de quinine diminue la suppuration.

(*Practitioner.*)

FORMULES DIVERSES.

Administration de la viande crue. — *Lailler.*

Viande crue râpée	100	grammes.
Sucre pulvérisé	40	—
Vin de Bagnols	20	—
Teinture de cannelle	3	—

On incorpore le sucre à la viande crue, puis on ajoute le vin et on aromatise avec la teinture. Le mélange ainsi obtenu est agréable au goût et d'une digestion facile. — N. G.

Pityriasis capitis.— Pommade.

M. Malassez conseille la pommade suivante :

Beurre de cacao	20	grammes.
Huile de ricin	20	—
Huile d'amandes douces	20	—
Turbith minéral	4	—

Oindre le matin et le soir le cuir chevelu, après avoir préalablement rasé la tête ou simplement coupé très-court les cheveux.

Au début du traitement, on voit s'exagérer la chute des cheveux, ce qui tient probablement à ce que la friction détache plus rapidement des cheveux déjà malades

et destinés à tomber. Bientôt on voit les cheveux repousser et la maladie guérir. (*Trib. méd.*, 8 nov. 1874.)

Anesthésie locale. — On peut obtenir une anesthésie locale, en frictionnant pendant une minute la partie sur laquelle on veut opérer avec :

Camphre en poudre	10 grammes.
Ether sulfurique	20 —

(*L'Imparziale* et *Gazette médicale de Paris.*)

Eczéma interfessier et intertrigo; traitement, par M. Félix Guyon.

Sous-nitrate (azotate) de bismuth.	} ãã
Oxyde blanc de zinc	} 5 grammes.
Glycérolé d'amidon	60 —

Pour pommade, mêler exactement.

Injection antiputride contre le cystite. (Mallez.)

Hyposulfite de soude	5 grammes.
Eau distillée	500

Faites dissoudre. — Cette solution s'emploie en 5 injections dans le catarrhe chronique de la vessie, quand il y a de la douleur, et qu'on ne peut recourir à l'injection phéniquée.

Glycérolé de chloral morphiné. (*Repert. de Phar.* et *Am. Journ. of Pharm.*)

Morphine	0 gr. 324.
Chloral hydraté	3 gr. 888.
Glycérine	14 CC. 160.

Le nom de glycérolé donné à cette préparation, ainsi qu'à plusieurs autres qui lui sont analogues, ne lui convient pas. C'est une simple solution de chloral et de morphine dans la glycérine.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 mars 1875. —

Présidence de M. Gosselin.

Question des Lazarets.—M. Le Roy de Méricourt, Chargé de rendre compte à l'Académie de diverses notes adressées par M. le docteur Sirus Pirondi, correspondant de l'Académie, au nom du conseil sanitaire de Marseille, à l'occasion des paroles de blâme apportées à la tribune par M. Chauffard, sur l'organisation et la tenue du Lazaret de Marseille, donne lecture de la deuxième note de M. Sirus Pirondi, conformément à la décision prise par la commission dont il est l'organe.

L'exposé de M. Sirus Pirondi se termine en ces termes :

« On doit à M. le docteur Fauvel l'avantage d'avoir solidement organisé les conseils sanitaires en bien délimitant leur intervention administrative et en accordant à leurs délibérations la prompte application que des circonstances graves exigent bien souvent.

« Grâce à ce double rouage et à la parfaite entente qui existe entre les conseils supérieurs d'hygiène, l'inspecteur et les administrations locales, les côtes de France et notamment celles du Midi, ont pu éviter la dangereuse conséquence que l'apparition de la fièvre jaune à Barcelone, celle de la peste en Barbarie et la persistance du choléra en Orient, pouvaient avoir pour notre pays. »

M. Chauffard s'étonne de cette prétention d'un correspondant à indiquer à l'Académie ce qu'elle doit faire et à donner en quelque sorte une leçon à ses membres. Ne peut-on faire quelques observations critiques sur l'organisation des établissements sanitaires sans qu'on s'écrie de Marseille que nous voulons détruire ces établis-

sements ! Je proteste contre cette manière d'agir.

M. Fauvel est d'avis que M. Sirus Pirondi n'est pas sorti de son droit et du rôle que lui assignent ses attributions, dans la note qui vient d'être lue. En sa qualité d'administrateur du lazaret de Marseille, il avait bien le droit de le défendre contre les critiques dont il a été l'objet. C'est ce qu'il a fait, bien ou mal, dans cette note.

Fermentation. — M. Mialhe. — Récemment dans une objection faite à M. Pasteur, M. Poggiale disait : » Tout est donc fermentation dans la vie ? » Cette manière de voir est depuis longtemps celle de l'orateur, en cela il est d'accord avec Claude Bernard et Blondeau. A un autre point de vue, M. Mialhe ne croit pas que les ferments naissent, se développent ou meurent, spontanément selon que l'on a, ou que l'on n'a pas besoin d'eux. Il ne croit pas non plus que tous aient la même essence.

M. Pasteur interrompit M. Poggiale pour dire que peut-être, en effet, tout est fermentation, mais ce n'est là qu'un doute probable. Quand une cellule se développe ou continue à vivre sans oxygène, elle devient ferment, mais elle a pris à l'oxygène un état de vie, de jeunesse, si on peut s'exprimer ainsi, qui lui permet de vivre encore sans ce gaz. Peut-être en est-il ainsi dans l'économie animale ?

M. Mialhe a admis autrefois la cessation de la vie par la cessation de l'oxygène. C'est à la neutralisation absolue et rapide de l'oxygène par l'acide cyanhydrique que sont dus les effets foudroyants de cet acide.

M. Bouillaud trouve que, loin de s'éclaircir, la question devient de plus en plus obscure. Il est certain que M. Pasteur a fait table rase des théories jusqu'alors admises sur les fermentations, mais qu'a-t-il mis à la place ? Il n'a pas non plus répondu à la question : Quels sont les ferments des ferments ? Tout à l'heure il vient de dire que la fermentation était une vie sans air. Il y a donc deux sortes de vie ? Vie sans air et vie avec air. En tout cas, il faut des germes, des œufs, pour produire, non les parties qui constituent un être, mais l'être organisé lui-même. Dans la génération spontanée, dans le sens propre du mot, ce n'est pas un fantôme, une chimère, c'est une absurdité.

M. Pasteur. — La génération spontanée n'a pas encore été démontrée, mais elle est possible, ce n'est donc pas une absurdité, ce qui est absurde, c'est d'y croire parce qu'elle est possible. A propos de la question : quels sont les ferments des ferments ? l'orateur prend pour exemple la levûre de bière, montre comment les ferments se succèdent les uns aux autres et enfin se détruisent. Pour la levûre, cette distinction peut se faire de deux sortes : par des ferments aérobies (moisissures), ou par des ferments anaérobies (vibrions).

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance. La parole est réservée à M. Colin. L'Académie se forme en comité secret.

Séance du 30 mars 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre national associé libre. La commission propose, en première ligne, M. Dechambre ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Bertillon et Chereau.

Le nombre des votants était 74, dont la majorité est 38.

M. Dechambre obtient 62 suffrages ; — M. Chereau 9 ; — M. Bertillon 1, bulletins blancs, 2.

En conséquence, M. Dechambre ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre associé libre de l'Académie.

Fermentation. — M. Colin répondant aux dernières argumentations de M. Pasteur, lit une dissertation très-étendue, dans laquelle il examine et critique les opinions de M. Pasteur, en passant successivement en revue la fermentation dans l'œuf, dans l'urine ammoniacale et dans les fruits. Si ce n'est en ce qui concerne l'urine ammoniacale, M. Colin ne produit ni un fait, ni une expérience, c'est par le simple raisonnement qu'il combat

M. Pasteur, et l'on sait combien ce dernier fait bon marché de cette guerre à coup de syllogisme.

Aussi pour répondre à M. Colin, M. Pasteur se borne tout simplement à répéter ce qu'il a déjà dit à d'autres contradicteurs : Donnez-moi des faits, apportez-moi des expériences, cela vaut beaucoup mieux que tous les raisonnements sans preuves.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Trélat sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie externe.

Séance du 6 avril 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Elections. — L'Académie procède, par voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

La commission propose, en première ligne, M. *Maurice Perrin;* en seconde, M. *Le Fort*; en troisième, M. *Panas;* en quatrième, M. *Desormeaux;* en cinquième, M. *Desprès*.

Le nombre des votants étant de 80, dont la majorité est 40, M. Maurice Perrin obtient 57 suffrages; M. Le Fort 12; M. Desormeaux 8; M. Panas 1; billet blanc 1.

En conséquence, M. *Perrin* ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre titulaire de l'Académie de médecine.

M. Béclard, sur la demande de M. le docteur Poulet (de Lyon), donne lecture du contenu d'un pli cacheté déposé par ce médecin en 1874, et ayant trait à un appareil obstétrical auquel il donne le nom de *sericeps*.

M. Simonin (de Nancy), correspondant de l'Académie, lit une intéressante note sur les différents degrés de température du corps pendant les diverses périodes de chloroformisation.

M. Burdel (de Vierzon) donne lecture de plusieurs observations sur une forme particulière de névrose pernicieuse par intoxication tellurique.

M. Azam (de Bordeaux) lit un travail sur une cause de la persistance de l'étranglement herniaire après la réduction.

A cinq heures moins le quart, l'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

—

Traitement de la chute complète de l'utérus. — M. Panas a pratiqué deux fois, en 1872 et 1874, une opération destinée à remédier à la difformité résultant de la chute complète de l'utérus. Le procédé de Jobert de Lamballe ayant été abandonné, Marion Sims en a inventé un autre que M. Panas a adopté et qui lui a donné, dans un cas au moins, des résultats qui ont dépassé ses espérances. Dans le second cas, il n'a obtenu qu'une amélioration. La première malade qu'il a opérée à Saint-Louis, présentait une chute complète de l'utérus. La cavité utérine mesurait 11 centimètres à l'hystéromètre. La tumeur saillante entre les jambes avait 15 centimètres. Les parois du vagin, complétement renversées depuis longtemps, étaient parcheminées. Au sommet de la tumeur se voyait l'orifice du museau de tanche, exulcéré, orifice par lequel s'écoulaient en grande quantité des flueurs blanches, ce qui prouve que cette sécrétion se fait dans l'utérus et non dans le vagin, qui est dépourvu de glandes mucilagipares, contrairement à l'opinion de M. Robin.

Sims rapproche deux points opposés du vagin qu'il a avivés, sans faire une large perte de substance. Jobert raccourcissait le vagin soit par des excisions, soit par des cautérisations. Sims le rétrécit. Sa dernière manière consiste à faire deux incisions divergentes au fond du vagin, puis une autre horizontale qui les réunit. Il pose ensuite des sutures et obtient par leur réunion le résultat qu'il cherchait.

M. Panas a employé cette dernière méthode. L'opération a duré deux heures et a été faite sans chloroforme. Quatorze points de suture ont été posés, sur lesquels six seulement ont pris. Les incisions se

sont réunies dans la partie supérieure, et ce résultat a suffi pour guérir radicalement la malade.

Elle a repris sa profession pénible, qui consiste à faire des déménagements. Ses règles, suspendues depuis longtemps, sont revenues trois mois après l'opération, puis elle est devenue enceinte et a fait une fausse couche à six mois. M. Panas l'a revue il y a quatre mois, et, malgré toutes ces conditions mauvaises, il a constaté que l'utérus était parfaitement réduit. Elle n'a jamais porté de pessaires.

Fracture du rocher, lésion du nerf facial. — M. Alphonse Guérin. — Les plaies du crâne sont tellement nombreuses, qu'il semble qu'il n'y ait plus rien à dire sur ce sujet, cependant le fait suivant est digne d'intéresser la société. Un jeune homme de 32 ans est apporté à l'Hôtel-Dieu après s'être tiré un coup de pistolet dans l'oreille; la blessure a été immédiatement suivie de perte de connaissance, puis de paralysie du nerf facial ; la mobilité et la sensibilité de tout le reste du corps étaient intactes. En explorant avec le doigt le conduit auditif, on sentait des fragments osseux; il y avait alors une sorte d'indication de trépanation des cellules mastoïdiennes tant pour retirer ces fragments que pour extraire la balle. Pendant trois jours d'expectation la température est normale, 37°, quand tout à coup la fièvre s'allume et emporte le malade. A l'autopsie on constate une lésion profonde qu'il était impossible de soupçonner : le rocher était broyé, la dure-mère intacte, le cerveau était détruit sur une étendue de la largeur d'une pièce de deux francs et d'une profondeur d'un centimètre.

MÉLANGES ET FAITS DIVERS.

Distinctions universitaires. — Sont nommés *officiers de l'instruction publique* : MM. Diacon, professeur à l'École de pharmacie de Montpellier; — Jacquemin, professur à l'École de pharmacie de Nancy; — Oré, professeur à l'École de médecine de Bordeaux; — Poiré, secrétaire agent comptable à l'École de médecine d'Amiens.

Sont nommés *officiers d'académie* : MM. Bornier, professeur à l'École de médecine de Besançon; — Bruch, professeur à l'École de médecine d'Alger; — Brou, chef de clinique à l'École de médecine de Lyon; — Bertin, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier; — Beaunis, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; — Chrestien, professeur à l'École de médecine de Lille; — Delore, suppléant à l'École de médecine de Lyon; — Fleurot, professeur à l'École de médecine de Dijon; — Gaillet, professeur à l'École de médecine de Reims; — Giraudet Sainte-Agathe, professeur à l'École de médecine de Tours; — Herbelin, suppléant à l'École de médecine de Nantes; — Lévesque, professeur à l'École de médecine de Caen; — Leviez, professeur adjoint à l'École de médecine de Lille; — Lavirotte, bibliothécaire de l'École de médecine de Lyon; — Maillard, professeur à l'École de médecine de Dijon; — Rampal, professeur à l'École de médecine de Marseille; — Rey, professeur à l'École de médecine de Grenoble; — Regnault, professeur à l'École de médecine de Rennes; — Wannebroucq, professeur à l'École de médecine de Lille.

Concours. — La première épreuve du concours pour l'agrégation en chirurgie et accouchements a eu lieu samedi, 3 avril 1875.

M. le professeur Boyer (de Montpellier) empêché, a été remplacé dans le jury par par M. le professeur Gosselin. M. Cruveil-

hier remplit les fonctions de secrétaire.

Seize candidats se sont présentés ; ce sont MM. Berger, Blum, Félizet, Humbert, Jullien, Lucas-Championnière, Marchand Monod, Nepveu, Penières, Pozzi, Richelot, Terrillon, Thorens (pour Paris).

MM. Roustan, Jullien, et Penières (pour Montpellier).

M. Jullien, déjà inscrit pour Paris et Montpellier, se présente seul pour Nancy.

Les candidats pour la section d'accouchements ne se sont présentés que pour Paris. Ce sont MM. Chantreuil, Pinard et de Soyre.

Samedi, de midi et demi à cinq heures, a eu lieu, dans la salle des thèses, la composition écrite. Les candidats chirurgiens ont eu à traiter la question suivante : « appareil ligamenteux du rachis. — Des différents modes de progression chez l'homme. »

Les candidats pour la section d'accouchements ont eu à traiter : « Du corps de Wolf. — De la menstruation. »

Les séances du concours auront lieu les mardis à cinq heures, les jeudis et samedis à quatre heures et demie.

Mardi 6 avril à cinq heures, dans le grand amphithéâtre, a commencé la lecture des compositions, dans l'ordre suivant : *Chirurgiens* : MM. Richelot, Penières, Terrillon, Blum, Monod, Marchand Humbert, Jullien, Nepveu, Lucas-Championnière, Roustan, Thorens, Berger, Félizet, Pozzi. *Accoucheurs* : MM. Pinard, de Soyre et Chantreuil.

Création d'un emploi à la faculté de médecine de Montpellier. — Par un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 4 janvier 1875, il est créé un emploi de chef du laboratoire annexé à la chaire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Servel, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique et d'histologie à ladite Faculté.

École de médecine de Besançon. — M. Bornier, professeur-adjoint, est nommé professeur titulaire de physiologie à ladite école.

M. Faivre, suppléant, est nommé professeur adjoint à ladite école. M. Faivre est chargé, en cette qualité, de l'enseignement de la matière médicale et de la thérapeutique, en remplacement de M. Grenier, admis à la retraite.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Guyot (Philippe-Louis) est nommé aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Pierron, démissionnaire.

Administration générale de l'Assistance publique, à Paris. — (Amphithéâtre d'anatomie). — Programme des cours de la saison d'été (année 1875).

1° *Cours de médecine opératoire.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, directeur des travaux anatomiques, commencera ce cours le lundi 19 avril 1875, à deux heures.

M. le docteur Tillaux traitera des *résections* et des *opérations spéciales*.

M. le docteur Marchand, premier prosecteur, traitera des *amputations*.

M. le docteur Terrillon, deuxième prosecteur, traitera des *ligatures d'artères*.

Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° *Conférences d'histologie.* — Des conférences sur *l'histologie normale* et *pathologique* continueront à être faites par M. le docteur Grancher, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes sont reçues à l'amphithéâtre, à partir du 12 avril.

Assistance publique. — Un concours pour la nomination à deux places de médecin au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, doit avoir lieu le jeudi 15 avril

prochain, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3, le 17 mars 1875, et sera clos le 31 mars, à trois heures.

Maison de retraite pour les vieillards. — L'administration de l'Assistance publique va faire édifier prochainement, rue d'Alézia, une maison de retraite pour les vieillards des quartiers de Montrouge et de Montparnasse.

Cette nouvelle création hospitalière est due à la générosité d'un ancien habitant de l'arrondissement, M. Tisserand, qui a légué à sa mort une somme de 700,000 francs pour être employée à cette œuvre charitable.

L'asile Tisserand occupera dans la rue d'Alézia une partie de terrains mesurant 3,500 mètres, appartenant à l'Assistance publique, et que cette administration a cédés au prix de 20 francs le mètre. D'après les plans et devis, la dépense pour la construction des bâtiments, qui contiendront 48 vieillards, s'élèvera à 350,000 francs. Une somme de 350,000 fr. restée disponible, sera placée en rentes sur l'Etat, pour servir à l'entretien de l'établissement.

Par une clause formelle de son testament, le donataire a réservé exclusivement aux soins de la mairie du XIVe arrondissement l'admission des pensionnaires.

Recrutement du personnel de santé dans la réserve de l'armée active et territoriale. — Une commission spéciale a été nommée pour préparer le plan d'une organisation nouvelle du service de santé militaire; cette commission n'a point encore statué sur toutes les parties de son travail, mais elle paraît avoir adopté définitivement les dispositions générales suivantes:

Tout étudiant ou docteur en médecine, de 25 à 29 ans, appartient en principe, comme simple soldat, à la réserve de l'armée active; de 29 à 35 ans, il entre au même titre dans les cadres de l'armée territoriale.

Les étudiants ou docteurs en médecine réservistes pourront être appelés à servir en temps de guerre, avec le grade d'aide-major, dans les ambulances et les hôpitaux, mais non dans les régiments de l'armée active.

Les docteurs en médecine, de 29 à 35 ans, concourront à la formation du personnel médical dans les corps de troupe et les ambulances de l'armée territoriale.

Il résulte de là qu'au point de vue de l'appel à l'activité, les médecins civils sont classés en deux catégories rigoureusement distinctes, et que celui d'entre eux qui appartient, par son âge, à l'une de ces catégories, ne peut être admis à servir dans l'autre.

Il ne sera point institué d'épreuves probantes pour l'admission des docteurs en médecine dans les cadres de l'armée territoriale; le ministre de la guerre se réserverait de consulter la notoriété publique avant de faire un choix parmi les postulants.

Quant aux garanties de moralité que devront offrir tous les candidats, elles seront fournies par l'administration préfectorale dans chaque département.

La loi des cadres. — La loi des cadres, qui a été votée le 13 mars 1875, intéresse beaucoup le Corps des médecins et celui des pharmaciens militaires. D'après l'art. 37 de cette loi, les inspecteurs, qui jusqu'à présent n'avaient obtenu leur retraite qu'à l'âge de 64 ans, seront admis à l'avenir dans le cadre de réserve dès l'âge de 62 ans. La différence entre la retraite et la réserve, c'est que l'officier en retraite est définitivement séparé de l'armée, tandis que l'officier inscrit au cadre de réserve peut toujours être rappelé à l'activité, si les besoins du service l'exigent.

La mise en vigueur de cette nouvelle loi va produire plusieurs vacances parmi les inspecteurs généraux du Corps de santé militaire.

Crémation des corps. — Le gouvernement du grand-duché de Saxe-Cobourg-Gotha autorise sur toute l'étendue

de son territoire la crémation des morts.
(*Gazette de Leipzig.*)

— La Société de médecine légale de France vient de déclarer la vacance de cinq places de membres titulaires et de dix-huit places de membres correspondants nationaux.

Aux termes des statuts, le nombre des membres correspondants nationaux est fixé à cent, parmi lesquels les magistrats et les avocats peuvent figurer pour un quart.

Il ne doit pas y avoir plus de sept membres correspondants nationaux dans le ressort d'une même cour d'appel; aussi, dans les élections qui vont avoir lieu, la Société fera-t-elle porter préférablement ses choix sur les candidats résidant dans les départements qui dépendent du ressort des cours où elle a le moins de correspondants, sans cependant attacher à cette condition une importance absolue.

Une seule cour d'appel est totalement dépourvue de correspondants de la Société : c'est la Cour de Bastia, comprenant un seul département, la Corse.

Les autres départements dans lesquels la Société serait plus particulièrement désireuse de trouver des correspondants sont, en suivant l'ordre des cours d'appel où elle en a le moins.

Les colonies;

Les départements de : Loire, Ain, Puy-de-Dôme, Allier, Haute-Loire, Lot, Lot-et-Garonne, Jura, Haute-Saône, Isère, Hautes-Alpes, Bouches-du-Rhône, Basses-Alpes, Orne, Saône-et-Loire, Haute-Marne, Basses-Pyrénées, Hautes-Pyrénées, Somme, Dordogne, Cher, Pas-de-Calais, Corrèze, Aude, Aveyron, Ardèche, Lozère, Loir-et-Cher, Vendée, Ille-et-Vilaine. Ariége, Tarn-et-Garonne, Aube.

— La Société médicale d'Amiens, dans sa séance du 6 janvier 1875, a décidé de mettre au concours pour les années 1875 et 1876 les questions suivantes :

Année 1875 : 1° *De la valeur des résections osseuses dans les cas de lésions traumatiques des os et des articulations.*

Médaille d'or de la valeur de 200 francs.

2° Une médaille d'or de la valeur de 200 francs sera décernée au médecin du département de la Somme qui aura présenté le meilleur travail, sur un sujet quelconque, ayant trait aux sciences médicales.

Les mémoires doivent être inédits et manuscrits, ils doivent être envoyés dans les formes académiques, au Secrétaire de la Société, avant le 1er mai 1876.

Année 1876. 1° *Des rapports qui existent entre le pouls et la température du corps, dans les maladies aiguës, et des indications qui en résultent pour le diagnostic, le pronostic, et le traitement.*

Médaille d'or de la valeur de 300 francs.

2° Une médaille d'or de la valeur de 200 francs sera décernée au médecin du département de la Somme qui aura présenté le meilleur travail, sur un sujet quelconque, ayant trait aux sciences médicales.

Les mémoires doivent être inédits et manuscrits; ils doivent être envoyés dans les formes académique, au Secrétaire de la Société, avant le 1er janvier 1877.

Bulletin des décès dans la ville de Paris. *Du 19 au 24 mars*, on a constaté 995 décès, savoir : variole, 3 décès ; rougeole, 9 ; scarlatine, 2 ; fièvre typhoïde, 15 ; érysipèle, 9 ; bronchite aiguë, 71; pneumonie, 111; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 2; choléra infantile, 0; choléra nostras, 0; angine couenneuse, 15; croup, 10; affections puerpérales, 7; affections aiguës, 258; affections chroniques, 132 (dont 193 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 24; causes accidentelles, 27.

Du 26 mars au 2 avril, 1,010 décès ainsi répartis : variole, 7; rougeole, 12 : scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 11 ; érysipèle, 7; bronchite aiguë, 47 ; pneumonie, 118 ; dysentérie, 1 ; diarrhée cholériforme des enfants, 4; choléra infantile, 0; choléra nostras, 0; angine couenneuse, 13; croup, 18; affections puerpérales, 10 ; affections aiguës, 208; affections chroniques, 124 (dont 198 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 38 ; causes accidentelles, 19.

Cours publique et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie. — M. le docteur Ch. Fauvel a recommencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continue les lundis et jeudis à midi. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Librairie de J.-B Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Principes de thérapeutique générale ou le médicament étudié aux points de vue physiologique, posologique et clinique, par J.-B. Fonssagrives professeur d'hygiène et de clinique spéciale des enfants et des vieillards à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin en chef de l'hôpital général de cette ville. 1 vol. in-8 de 450 pages. — 7. fr.

De l'onanisme. Causes, dangers et inconvénients pour les individus, la famille et la société, remèdes par le docteur H. Fournier. 1 vol. in-12 de 175 pages. — 1 fr. 50.

Notes et observations de médecine légale et d'hygiène par (T) Gallard, médecin de l'hôpital de la Pitié, Secrétaire général de la Société de médecine légale, Président de la Société de médecine de Paris. Paris 1875. G. in-8° de 128 pages. Prix, 1 fr. 50.

Librairie Adrien Delahaye, éditeur, place de l'École-de-Médecine.

De la coïncidence des lésions mitrales et aortique, par le Dr Tourtelot. In-8°, 2 fr.

Des progrès réalisés par la physiologie expérimentale dans la connaissance des maladies du système nerveux par le Dr Dieulafoy, prof. agr. à la Fac. de médecine de Paris. In-8°, 3 fr. 50.

De la lithine dans les eaux minérales de Royat et dans les principales sources thermales d'Auvergne, par le Dr Truchot, prof. suppléant de chimie à la Faculté des sciences de Clermont, et le Dr Frédet, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Clermont, etc. In-8°, avec 1 planche, 1 fr. 50.

Traité d'anatomie pathologique avec figures dans le texte, par E. Lancereaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc. Tome 1er, anatomie pathologique générale, prix pour les souscripteurs au tome 1er complet, 18 fr.

Des anesthésies spontanées, par le Dr H. Rendu, thèse présentée au concours pour l'agrégation in-8°, 3 fr. 50.

Des températures élevées dans les maladies, par Dr Du Castel, thèse présentée pour le concours d'agrégation. In-8°, 3 fr.

Des paralysies périphériques, par le Dr Henri Desplats, thèse présentée pour le concours d'agrégation In-8° 2 fr. 50.

Des accidents de la convalescence, thèse présentée au concours pour l'agrégation, par le Dr Rathery. 1 vol. in-8°, 3 fr.

Librairie F. Savy, 24, rue Hautefeuille.

L'action physiologique des médicaments peut-elle devenir la règle de leur emploi thérapeutique, par le Dr Debove, répétiteur au laboratoire d'histologie du Collége de France, Paris 1875. Gr. in-8° 2 fr. 50.

Contributions à l'étude des causes de la coagulation du sang à son issue de l'organisme — application à la transfusion, par le docteur Frantz Glénard. Paris 1875. Gr. in-8 de 86 pages. Prix, 2 francs.

Le n° 1 des Annales des maladies de l'oreille et du larynx. contient les articles suivants: — A nos lecteurs. — Essai de classification des maladies du larynx et du pharynx par M. le Dr Isambert. — De l'amygdalotomie, par le Dr de Saint-Germain. — De la maladie de Ménière et du vertige dans les maladies de l'oreille, par M. le Dr Ladreit de Lacharrière. — Rhinoscopie, par M. le Dr Krishaber. — Polype fibro-muqueux de la région naso-pharyngienne, par M. le Dr Léon Labbé. — Des laryngopathies pendant la première phase de la syphilis par MM. les Drs Krishaber et Mauriac. — Observations d'otite parasitaire, par le docteur Lévi. — *Analyses.* — Hypertrophie polypeuse de l'oreille moyenne, par Wendt. — Pneumatocèle du crâne située à la région mastoïdienne et produite par une déchirure spontanée des cellules de cette apophyse, par le professeur Wenher. — Sur la perforation artificielle du tympan, thèse, par M. J. Bodin

VARIETES.

A un ami dont le fils se fait soldat.

Il va donc, ce fils, prendre la cocarde
Et, stoïquement, endosser l'azor;
Et dans l'avenir où son œil regarde
Il rêve déjà de beaux galons d'or.

Pour réaliser ce lointain mirage,
A de durs labeurs il faut s'assouplir,
Qui demanderont constance et courage,
Ardeur aux devoirs qu'on doit accomplir.

Chaque jour, chaque heure amène sa tâche
Du matin au soir, il faut, tour à tour,
Du calme au travail passer, sans relâche,
Et régler sa vie au son du tambour.

Là, combien de fois, sur sa couchette
Par un songe heureux on est dorlotté,
Un affreux clairon vient troubler la tête.
Et vous ramener la réalité.

Puis, sous le soleil, comme sous la pluie,
Les pieds dans la neige ou sur le verglas,
Le front souriant, quoique l'on s'ennuie,
Il faut manœuvrer sans paraître las.

Du moins, au quartier sitôt que l'on rentre,
Un fameux rata viendra consoler
L'empressé troubad dont le pauvre ventre
Creux se sent de force à tout avaler.

Non!.. le gamelon prêt longtemps d'avance,
D'un bouillon figé présente l'appât !
Le poivre est épais ou le lard est rance.
Tristement, par cœur on fait son repas.

Ne regrettez pas cette rude école,
Où les premiers pas coûtent tant d'efforts;
Elle fait bannir tout besoin frivole,
Et de nos soldats fait des hommes forts.

Sous l'humble capote où le sort rassemble
Le fils des croisés et le laboureur,
Il n'est plus de caste, et l'on se ressemble,
Car, pour la patrie, on n'a qu'un seul cœur.

Oui chérissons-la, cette pauvre France,
Elle a bien souffert, elle souffre encor,
Dans son sein meurtri survit l'espérance.
Rendez-lui bientôt sa couronne d'or.

Vous vous souviendrez qu'un jour, mutilée
Aux mains d'ennemis, hélas, triomphants,
Elle a dû livrer, sombre et désolée,
Ses plus forts remparts, ses plus chers enfants!

Et formant votre âme aux grandes pensées,
Et brisant vos corps aux rudes travaux,
Nous ramènerez nos splendeurs passées,
Vous ferez fleurir des lauriers nouveaux.

Et quand le grand jour luira sur la France
Qui l'éveillera de son long sommeil,
Entonnez le chant de la délivrance,
Et revendiquez sa place au soleil !

Dr Burgkly.

Le Rédacteur en chef-gérant,
Dr Hamon de Fresnay.

N° 9. — 1er MAI 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

CHRONIQUE

Les certificats médicaux. — Les rosières d'Outre-Rhin.

Plusieurs journaux de médecine se sont émus d'un incident tout récemment survenu à la Chambre, à propos d'une demande de crédit en vue d'accorder aux fonctionnaires, pour infirmités contractées dans l'exercice des fonctions publiques civiles. Le Dr Testelin, député du Nord, n'a pas craint de nier la sincérité des certificats de médecins, présentés à l'appui de cette demande, et de les qualifier de certificats de complaisance.

L'*Union médicale* blâme notre confrère de s'être chargé d'une mission délicate, qu'il aurait mieux fait de déléguer à un collègue n'appartenant pas au corps médical. Le *Progrès médical* n'est pas de cet avis, et pense que le meilleur moyen de nous relever dans l'opinion publique, c'est d'être les premiers à condamner les actes blâmables, et de nous séparer nettement des indignes.

La question, selon notre humble avis, doit être envisagée sous un autre point de vue.

De tels certificats sont souvent difficiles à établir et à motiver. Combien d'affections sont uniquement subjectives, et ne se peuvent déceler par aucun caractère extérieur? Qu'un fonctionnaire, atteint d'une maladie de cette nature, voie sa légitime demande repoussée, sous prétexte qu'aucun signe palpable n'en traduit l'existence, n'est-ce pas commettre à son égard un criant déni de justice?

Il faut le reconnaître, bien souvent les médecins délivrent à leurs clients des certificats plus ou moins motivés, soit pour les exonérer d'un service pénible, soit pour leur obtenir un congé limité, soit pour faire valoir leur droit à une retraite définitive. Que nous prenions, dans une juste mesure, les intérêts de nos clients, le mal est-il si grand? Qui ne connaît les exigences, les minuties administratives? Qui donc nous blâmerait, dans son for intérieur, de prendre en main les intérêts des faibles, dans les limites, bien entendu, que nous impose notre conscience?

Du reste, en pareil cas, une considération nous met tout à fait à l'aise. Il est bien rare que l'administration ne prête pas les mains à de telles transactions. Les employés supérieurs en agissent, d'ordinaire, avec leurs inférieurs, d'une façon toute paternelle. Ils ont pour habitude de fermer les yeux sur bien des peccadilles, et de faire droit à leurs demandes, lorsqu'elles leur paraissent fondées.

La garantie de sincérité sera-t-elle plus grande lorsque, en application de la loi nouvelle, le certificat sera rédigé par trois médecins assermentés? Nous en doutons beaucoup, et, nous ne le craignons, on

n'aura fait qu'ajouter une entrave de plus aux rouages déjà si compliqués de la lourde machine administrative.

*
* *

Naguères (souvenirs douloureux à évoquer!) naguères, un vertueux monarque venait apporter chez nous le fer et la flamme. Il se posait en grand justicier, chargé par le Très-Haut de punir les crimes d'une nation dégénérée, abâtardie par les vices les plus honteux. C'était pour notre bien, pour travailler à notre régénération, que le nouvel Attila s'était imposé la tâche d'exterminer en grand une race dissolue et décrépite, qui ne pouvait fournir à une nation de mœurs primitives, que les exemples les plus pernicieux à imiter.

Certes, le Français est léger. Il est passé maître dans l'art de distiller les plaisirs. Paris, notamment, est la ville des merveilles. Les étrangers y affluent de tous les points du monde, attirés, les uns par le désir de visiter la ville sans pareille, les autres pour s'étourdir et se saturer de ces jouissances raffinées, dont la Babylone moderne possède seule le secret.

Il y a, certes, chez nous beaucoup de mauvais; mais, nous en sommes convaincu, la somme du bien l'emporte très-sensiblement encore sur celle du mal.

Du reste, quels sont donc, chez eux, ces bons voisins qui, affectant un puritanisme de commande, s'adjugent le monopole exclusif de la justice et de la vertu?

M. Léouzon-Leduc va nous l'apprendre. Voici quelques chiffres que nous relevons dans un livre qu'il vient de publier sous le titre de : *Les odeurs de Berlin*.

Berlin est une ville comptant 700,000 habitants, ce qui représente un chiffre approximatif de 170,000 adultes appartenant au sexe féminin. Le nombre des femmes actuellement placées sous la surveillance de la police s'élève à 71,319.

Dans le cours de l'année 1868, on a trouvé les cadavres de 154 enfants, nombre très-affaibli des infanticides commis dans l'espace d'un an. Dans cette ville sainte, on trouve des maisons de tolérance à chaque pas, dans les quartiers même habités par l'aristocratie.

Sur 1,000 naissances, il y en a eu 150 d'illégitimes dans la seule ville de Berlin. A Munich, la proportion, dans cette même année, des enfants nés en dehors du mariage, a été de 500 pour 1,000.

Magdebourg est une ville de 156,000 habitants. Dans une seule année on a constaté 75.000 cas de syphilis.

Posen (50,000 âmes) compte 16 pour 100 de femmes publiques; Stettin (85,000 âmes) arrive au chiffre de 10 p. 100.

A Breslau (156,000 âmes), il y a 1,088 prostituées; à Dantzig (60,000 âmes), il y en a 850, etc., etc.

Ces quelques chiffres, relevés au hasard, établissent surabondamment que si nos voisins, les Allemands, ont pu être jusqu'ici nos maîtres en artillerie, il n'en faudrait pas conclure que leur pays soit celui surtout où fleurissent et la vertu..., et les rosières.

Dr F. RANDON.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

HOTEL-DIEU.

Service de M. le professeur RICHET.

1° Affections osseuses et articulaires.

a. LUXATION DE LA HANCHE (compliquée de fracture du sourcil cotyloïdien). — *Maintien de la tête au point opposé à sa sortie.* — Cette complication est heureusement fort rare et on n'en a vu qu'un nombre de cas très-limité. Le signe pathognomonique qui suffit à caractériser cette lésion est la récidive du déplacement lorsqu'on est parvenu à réduire la tête sans trop de résistance. On éprouve une très grande difficulté à lutter contre la reproduction du déplacement : ainsi, d'après M. Richet, l'*extension permanente* ne donne aucun

résultat satisfaisant : on n'est guère plus heureux en essayant l'*extension combinée avec une pression directe* exercée sur le grand trochanter à l'aide d'une large ceinture comme l'avaient proposé Smith et Togood.

M. Richet pense que le meilleur moyen (qui cependant est bien loin d'être infaillible) est d'employer le procédé qui a été décrit par M. Maisonneuve en 1862 à la Société de chirurgie : il consiste, une fois la réduction de la luxation obtenue par les manœuvres habituelles, à porter le membre inférieur dans une direction opposée à celle par où s'est produite la sortie de la tête et à la maintenir dans cette situation.

Si on a affaire, par exemple, à la variété ischiatique ou iliaque, la cuisse sera mise dans l'abduction qui est la position dans laquelle la tête osseuse presse et appuie sur le point opposé à celui où existe la fracture. Ce chirurgien cependant ne compte pas sur ce moyen d'une façon trop absolue.

b. Luxation de l'épaule (compliquée de fracture de l'humérus). *Possibilité de réduire la luxation.* — Dans le traitement de ce double traumatisme, bon nombre de chirurgiens ne se préoccupent pas de la luxation et n'ont en vue que la fracture, car on ne peut guère songer à réduire la tête humérale en exerçant des tractions sur le fragment inférieur. Ils ne cherchent à remédier au déplacement qu'après la consolidation de la solution de continuité ce qui est inefficace (ces tentatives n'aboutissant à rien) ou bien même préjudiciable, car les tractions peuvent parfaitement rompre un cal qui n'offre pas une solidité suffisante.

M. Richet pense que l'on peut, séance tenante, agir d'une façon directe sur la tête humérale en ayant soin d'employer l'anesthésie complète (condition qui est indispensable au succès de cette tentative). Une fois la réduction opérée, il traite la fracture par les moyens ordinaires.

La *possibilité* de cette réduction immédiate peut également s'appliquer aux luxations de la tête fémorale se compliquant de fracture du même os.

c. Ankylose temporo-maxillaire. — *Section sous-périostée du col de la mâchoire.* — Si l'ankylose est incomplète, il essaye d'écarter graduellement les mâchoires à l'aide de cônes de plus en plus volumineux; si elle est complète, il opère la section *sous-périostée* du col du maxillaire inférieur dans le but d'établir une fausse articulation, dont la constitution est favorisée par la conservation du périoste qu'il a le soin de ménager dans cette section osseuse.

d. Plaies articulaires (armes à feu). — *Temporisation.* — *Drainage* (en cas de suppuration). — M. Richet croit que dans les blessures de ce genre, il ne faut pas se hâter d'avoir recours au sacrifice du membre. Nous avons vu du reste et bien d'autres aussi, pendant la dernière guerre, des guérisons à la suite de pénétration du genou par une balle. L'observation clinique par conséquent donne raison, jusqu'à un certain point, à la temporisation.

La conduite à tenir est de placer le membre dans l'*immobilité* la plus absolue, de répéter les émissions sanguines locales et même générales, et de recouvrir l'article de fomentations émollientes. Ce chirurgien ne serait pas d'avis de recourir, au moins d'une façon primitives à la résection articulaire : si la suppuration arrive, le mieux est d'*inciser largement* ou de pratiquer le drainage pour empêcher les liquides de stagner dans l'articulation; enfin, de pratiquer l'amputation consécutive.

e. — Corps étrangers articulaires. — *Méthode sous-cutanée de Goyrand.* — Une fois ce corps fixé soit simplement avec les doigts, soit avec un poinçon comme le voulait Follin, on pratique une incision cutanée par où on glisse un ténotome qui va diviser la synoviale sur le corps étranger, loin de la plaie tégumentaire : ce dernier est alors, propulsé par pression dans le tissu cellulaire sous-cutané où on l'abandonne pendant un temps suffisant à la cicatrisation de l'ouverture synoviale : ce n'est qu'alors qu'on peut en faire l'extraction impunément.

Il n'est pas rare de voir ces corps étran-

gers, quand ils affectent cette nouvelle situation, diminuer spontanément de volume. Dans un cas même, M. Richet au bout de 5 mois n'en a plus trouvé aucune trace.

2° Affections des organes génito-urinaires.

(Homme et femme).

a. Déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale. — *Refaire la cloison. Périnéorrhaphie. Avivement en surface.* — La plupart des chirurgiens divisent cette opération en deux temps qu'ils exécutent à deux périodes différentes En général, M. Richet procède aux deux opérations le même jour, comme cela est indiqué dans la thèse de Serres (1867) sur la périnéoraphie ; il reconstitue d'abord la cloison recto-vaginale et ,séance tenante, il pratique la périnéoraphie.

Lorsque la communication est large et remonte à 2, 3, 4 centimètres de l'anus, on reconnaît la muqueuse rectale à sa coloration d'un rouge sombre et à sa disposition granuleuse, tandis que la muqueuse du vagin s'accuse par son état lisse et sa couleur d'un rose tendre : généralement il existe un liséré entre les deux muqueuses. La constatation de ces caractères est très-importante, car il ne faut pas que l'avivement porte sur le rectum, mais bien seulement sur la muqueuse du vagin : si on comprend la muqueuse rectale, la contraction incessante de cette portion de l'intestin a, en effet, grande chance pour amener une désunion des sutures.

C'est là une précaution analogue à celle dont l'opération de la fistule vésico-vaginale est l'objet ; car on se souvient que dans cette dernière la suture et l'avivement doivent porter exclusivement sur le vagin et non sur la paroi vésicale.

Voici les principaux temps de l'opération:

1° Avivement.

Reconstituer la cloison recto-vaginale.— Autrefois on se contentait d'aviver de chaque côté les deux débris et les mamelons de la cloison recto-vaginale, qui étaient le plus rapprochés comme pour le bec-de-lièvre : c'est là une mauvaise méthode, car la cloison étant extrêmement mince, c'était absolument accoler deux feuilles de papier. Il ne faut pas se borner à aviver *la tranche* : l'avivement oblique par de larges surfaces est une conquête de la chirurgie française, dont le promoteur a été Jobert, et qui est aussi bien applicable à la reconstitution de la cloison recto-vaginale qu'à l'opération de la fistule vésico-vaginale. Il est donc indispensable d'effectuer un large avivement oblique de travers de doigt au moins (sur la muqueuse vaginale), pour que ce soient des surfaces cruentées qui puissent se correspondre : de plus on rejette, par le moyen, du côté du rectum, une *crête* ou éperon qui empêche les liquides de passer dans la fistule, parce qu'il leur faudrait remonter jusqu'au sommet de cet éperon.

2° *Reconstituer le périnée.* — M. Richet, à l'exemple de Roux, avive de chaque côté une surface triangulaire sur la muqueuse en haut et en arrière et sur la peau en bas et en avant, et réunit deux à deux ces surfaces opposées.

1° Passage des fils.

Pour la cloison.—En faisant l'avivement précédent (en ce qui concerne la cloison) M. Richet a le soin de ménager sur le bord interne de la solution de continuité, sans l'aviver, un *liséré* constituant la crête précédente qui sera repoussée dans le rectum.

Les aiguilles armées de fil d'argent sont alors passées d'un côté dans la surface cruentée gauche, par exemple (entre elle et le liséré), puis de l'autre côté entre le liséré et la surface avivée droite, en ayant le soin de les faire cheminer entre les muqueuses vaginale et rectale, ce dont on s'assure en plaçant un doigt dans le rectum pendant qu'on enfonce horizontalement chacune des aiguilles.

2° *Pour le périnée.* — Des aiguilles sont passées à travers les surfaces cruentées correspondantes, et le resserrement des fils produit l'adossement de ces surfaces.

M. Richet n'opère que 5 à 6 jours après la fin des mentrues : il prépare la malade par des purgations répétées et entretient la constipation à l'aide de l'opium.

Après l'opération, il rapproche l'une de l'autre jambes et cuisses préalablement fléchies par un coussin qu'il fait maintenir sous le jarret : cathétérisme vésical.

b. Polype utérin. — *Mâchonnement du pédicule avec pinces spéciales.* — La section du pédicule à l'aide de ciseaux courbes est une méthode excellente; mais parfois suivie, quoique assez rarement, d'hémorrhagie. Si les malades sont déjà affaiblies par des pertes de sang réitérées, il est indiqué de ne pas les exposer, par l'opération, à une nouvelle hémorrhagie ; aussi, depuis les travaux de Levret, a-t-on cherché l'immunité relative de l'ablation de ces tumeurs dans l'emploi de la ligature.

L'écrasement linéaire ou la ligature extemporanée sont également des moyens précieux, mais qui ne peuvent facilement être mis en usage que si le pédicule du polype n'est pas situé à une grande profondeur.

C'est dans le but de parer à ces divers inconvénients que M. Richet a fait construire de fortes *pinces* analogues à de gros ciseaux dont les mors mousses sont munis d'dentelures très-fines qui peuvent s'engrener quand les anneaux de la pince se rapprochent et qui sont, grâce à la laxité de l'articulation, animés d'un mouvement de latéralité ou de scie par lequel le pédicule est facilement *mâchonné.*

L'une de ces pinces est courbée sur ses bords, l'autre sur le plat de façon à atteindre le fond de l'utérus si besoin est. L'un ou l'autre de ces instruments, guidé par l'indicateur de la main gauche, peut se placer aisément sur le pédicule du polype et opérer la section avec sécurité sans plus légère hémorrhagie.

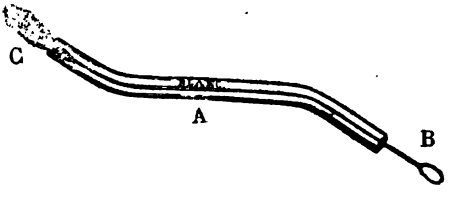
c. Hémorrhagie utérine grave. — *Cautérisations intra-utérines.* — Depuis plus de 15 ans, M. Richet pratique, dans les cas d'hémorrhagies graves de l'utérus, la cautérisation intra-utérine à l'aide d'une sorte *porte-caustique* construite par Charrière en 1849.

Ce chirurgien regarde ce procédé comme préférable à celui de Récamier qui expose à laisser dans la cavité le crayon de nitrate d'argent, et comme bien moins dangereux que celui du Dr Barnes : ce dernier consiste à se servir d'une seringue remplie d'une solution de *perchlorure de fer* (1/2) et garnie d'un tube de 20 centimètres introduit avec précaution, de façon à injecter le liquide dans l'intérieur de l'utérus, doucement, mais sans interruption.

Il n'aurait en tout cas recours à ce moyen qu'après l'emploi infructueux des autres moyens et en particulier, la cautérisation au nitrate d'argent pratiquée avec son porte-caustique.

Quant à la *teinture d'iode,* préconisée dernièrement par le Dr Trask qui prétend qu'elle est aussi efficace et plus sûre que le perchlorure de fer, il ne l'a pas mise en usage et n'a pas d'opinion arrêtée à son égard.

Cette cautérisation intra-utérine avec la solution de nitrate d'argent nous paraîtrait pouvoir s'effectuer avec facilité à l'aide de l'instrument très-simple désigné sous le nom *d'applicateur,* par le Dr Woodbury (de Washington). — (De l'application locale d'acide nitrique dans l'endométrite du col et du corps de l'a matrice, *The american Journal of obstetrics,* 1er février 1875; traduit par le Dr A. Leblond. — *Annales de Gynécologie,* avril 1875). — Ce petit ins-



trument se compose d'un tube de verre A en S italique, percé à chacun de ses bouts arrondis à la lampe, d'une longueur de 17 à 18 centimètres, et dont le diamètre est réglé de façon à pénétrer aisément dans le col ; l'une des extrémités (utérine) offre une courbure analogue à celle de l'hystéromètre, et à l'autre extrémité (extérieure, libre) est disposée une autre courbure en sens inverse de la première, qui permet au chirurgien d'agir en dehors de l'axe du tube et de n'être aucunement gêné dans ses manœuvres. Un ressort d'acier d'une

longueur un peu plus grande que celle du tube traverse sa cavité et se trouve muni à son extrémité utérine d'un tampon de coton C destiné à s'imbiber du liquide caustique, et à son extrémité postérieure ou libre, d'un anneau B que font mouvoir les doigts de l'opérateur.

M. Blanc, fabricant d'instruments de chirurgie, a remplacé, suivant les indications de M. le Dr A. Leblond, cette tige d'acier par un fil de cuivre recouvert de gutta-percha, de façon à ce que le métal ne puisse être attaqué par les divers liquides employés.

« Voici comment il convient de se ser-
» vir de cet instrument : la boulette de
» coton est imbibée du liquide caustique
» et elle est rentrée dans le tube, qu'elle
» ne doit pas dépasser; puis l'extrémité du
» tube une fois essuyée avec soin, est in-
» troduite à travers un spéculum jusque
» dans la cavité utérine. Il est quelque-
» fois nécessaire d'opérer préalablement
» une certaine dilatation de l'orifice du
» col pour pouvoir laisser passer le tube.
» Lorsque le tube est introduit, on pousse
» doucement la tige de façon à faire saillir
» la boulette de coton en dehors du tube,
» et l'on cautérise la cavité du col ou du
» corps suivant les indications à remplir.
» On voit tout de suite qu'on peut agir
» ainsi juste au moment et à l'endroit que
» l'on veut (*loc. cit.*). »

d. Polypes de l'urèthre (chez la femme). — *Excision suivie de cautérisation.* — Ces petites tumeurs (papillomes) qui sont rarement pédiculées et s'insèrent le plus souvent par une base assez large sur la face inférieure de la muqueuse et près de l'entrée du canal, donnent lieu fréquemment à des douleurs vives comparables à celle de la fissure, à du ténesme vésical et à une gêne considérable lors des rapports sexuels.

Le traitement avec des mèches intra-vaginales enduites d'*onguent belladoné*, n'est que palliatif et ne produit qu'un soulagement momentané.

M. Richet regarde aussi la *cautérisation* comme un moyen insuffisant : c'est à la *tonsure* ou *excision* que ce chirurgien a recours, en saisissant la petite mass avec des pinces à griffes. Phillips avai fait construire pour enlever ces tumeur un instrument analogue à l'amygdalotom (le polypotome de Wilde, décrit dans notr Répertoire du 15 mars 1875, pourrait aus servir) parce qu'il croyait à leur pédiculi sation, ce qui est une erreur selon M. Riche Après avoir pratiqué l'excision à l'aide d petits ciseaux courbes, il est bon de cau tériser la surface de section avec l crayon d'azotate d'argent pour prévenir l repullulation ; une sonde est introduit dans le canal, mais le rétrécissement d l'urèthre n'est pas à craindre.

e. Testicule tuberculeux (caséeux) — *Castration.* — En présence du sarco cèle tuberculeux, le chirurgien, il fa l'avouer, se trouve souvent dans un gran embarras. Doit-il ne faire que de l'expec tation? C'est assez notre avis au moins da la première période de l'affection et avar le développement des abcès. Doit-il avo recours à la castration?

Ce ne serait, en tout cas, que dans l période ultime, lorsqu'une suppuratio abondante et incessamment entretenu aurait détruit le parenchyme du testicu et transformé en un organe complétemen inutile, ce ne serait, dis-je, qu'en pare cas, qu'on pourrait en arriver à cette extr mité.

M. Richet pense que dans bien d exemples de ce genre, réputés testicul tuberculeux, on a plutôt affaire à des su purations chroniques dont la cause princ pale réside dans de vieilles blennorrhagie Il décrit ces formes sous la dénominatio de *caséeuses* et paraît incliner, dans l plupart des cas, vers l'opportunité de l' blation, d'autant plus, dit-il, qu'outr l'inutilité d'un organe détruit par le pu il y a grand danger, si on laisse pe sister le foyer, de voir survenir des a cidents d'infection, et de laisser se dév lopper, par exemple, la phthisie.

Nous lui avons vu pratiquer, il y quelque temps dans ces circonstances, l castration chez deux malades, actuellemen guéris : sur l'un d'eux, les troubles resp ratoires, qui étaient manifestes avant l'op

ration, semblaient s'être plutôt amendés au bout de quelques mois, au moment de la sortie du malade.

La castration n'en est pas moins une opération grave et qui frappe surtout l'imagination du patient, même lorsque le testicule ne possède plus du tout ses propriétés physiologiques; aussi Malgaigne avait-il imaginé l'*abrasion* de tous les tissus ulcérés et fongueux, et le professeur Verneuil préfère-t-il la *cautérisation interstitielle*, qui consiste à tarir la suppuration en plongeant dans la masse plusieurs cautères pointus chauffés à blanc.

3° Affections de la bouche, de l'œsophage, du cou.

a. Grenouillette. — *Séton.* — *Excision suivie de cautérisation.* — Le *séton*, préconisé par Laugier, est un procédé tout à fait inoffensif, mais souvent insuffisant et qui nécessite qu'on réapplique plusieurs fois le fil sans cependant obtenir toujours le résultat désiré. — Il en est de même de la ponction suivie de l'injection iodée ou vineuse.

M. Richet préfère, comme la plupart de nos chirurgiens modernes, l'excision d'un segment de la poche, qu'il fait suivre immédiatement de la cautérisation de la paroi interne du kyste; il renouvelle cette dernière pendant plusieurs jours.

b. Epithélioma de la langue. — *Chlorate de potasse.* — *Ligature.* — M. Richet a été un des premiers à vanter l'emploi du *chlorate de potasse* contre certaines ulcérations de mauvaise nature de la langue. — Lorsque ce moyen échoue, il pratique l'extirpation de la tumeur de la manière suivante : il passe à la base de la tumeur deux aiguilles courbes en croix en ayant soin de dépasser la limite du mal ; puis il entoure la masse morbide par un fil solide en serre-nœud qu'il place au-dessous des aiguilles, la mortification ne se fait pas longtemps attendre.

Dans les épithéliomas du plancher de la bouche, situés à la région antérieure et adhérents au maxillaire, il pratique la résection de la partie moyenne de l'os à l'aide d'un double trait de scie à chaînes : Dans ces cas où, après la section osseuse, on rapproche les deux moitiés du maxillaire, il a signalé le *refoulement de la langue en arrière.*

Ce refoulement, qu'il distingue de la rétraction de la langue en arrière par action musculaire, résulte, selon lui, du rétrécissement subi par l'espace parabolique dans lequel se trouve moulé l'organe. C'est là un accident qui peut aller jusqu'à une véritable asphyxie par le fait de l'occlusion du larynx recouvert par la langue chassée en arrière : pour la faire cesser il suffit de relâcher les moyens d'union qui maintiennent le rapprochement des os et des parties molles.

c. Perforation de la voute palatine. — *Uranoplastie.* — *Procédé de Baizeau et Langenbeck.* — Le procédé à *double fond* de M. Baizeau est regardé par ce chirurgien comme le meilleur de tous. En taillant les deux lambeaux latéraux il a grand soin de faire porter les incisions externes très-près des arcades dentaires, puis à l'aide d'une spatule et suivant le conseil donné par Langenbeck, il racle la voûte palatine et enlève le périoste.

Dans ce temps, qui est le seul un peu difficile pour le chirurgien et le plus douloureux pour le malade, on rencontre les nombreuses aspérités naturelles à la voûte que l'on détache par le raclage et qu'on laisse attachées à la face profonde du lambeau.

On voit que c'est là une véritable ostéoplastie et pourtant il n'y a pas toujours reproduction osseuse ou persistance de la portion osseuse reproduite, cette dernière se résorbant parfois ultérieurement : le plus souvent il existe au lieu de tissu osseux une masse fibreuse dure qui remplit l'orifice et suffit à une guérison entière et durable.

Nous avons vu M. Richet opérer avec succès deux cas par ce procédé, l'un à l'hôpital de clinique, l'autre à l'Hôtel-Dieu. — Dans un autre rapporté par lui à la Société de chirurgie, en 1862, le succès était tellement complet qu'on ne pouvait s'apercevoir ni de la perforation, ni des incisions, ni des surfaces dénudées.

Dans ce bel exemple, les deux lambeaux, après le décollement, se rapprochèrent spontanément et tellement bien qu'ils se touchaient en quelque sorte par leurs bords internes. M. Richet n'en a pas moins passé 3 fils pour les maintenir au contact : le lendemain la réunion était parfaite non-seulement par le bord, mais encore aux niveaux des arcades dentaires : ils semblait que les lambeaux s'étaient étalés pour recouvrir une plus large surface.

Les lambeaux que l'on produit dans cette excellente opération sont épais, bien nourris, non exposés à la gangrène, pourvu, comme l'a indiqué M. Tillaux, qu'on se reporte très en dehors et tout près du rebord dentaire afin de comprendre dans leur épaisseur l'artère palatine postérieure. Dans un cas déjà cité dans un de nos répertoires et qui est dû à M. Legouest, une hémorrhagie eut lieu et put s'arrêter par l'application de morceaux de glace sur la voûte du palais.

d. Rétrécissement fibreux de l'œsophage. — *Bougies œsophagiennes plombées.* — Les *boules* d'ivoire ou de métal employées communément dans le traitement des rétrécissements de l'œsophage, malgré leur série de numéros de plus en plus volumineux, ne dilatent pas toujours le conduit d'une façon aussi graduée qu'on peut l'espérer.

M. Richet leur substitue, dans biens des cas, les *longues bougies*, de divers calibres, qu'il a fait construire pour cet usage et qui sont lestées à l'intérieur avec du plomb, de façon à leur permettre de descendre par leur propre poids dans le conduit œsophagien. Chacune d'elles porte en bas un renflement olivaire, l'autre extrémité est vissée à un mandrin terminé par un anneau qui permet de manier l'instrument avec commodité.

Ce chirurgien n'a pas encore expérimenté le procédé que M. Chassaigny a exposé tout récemment à la Société de chirurgie et qui consiste à remplacer, dans le cathétérisme œsophagien, les olives d'ivoire par des boules également d'ivoire ou de métal, mais *plates*.

L'usage des boules arrondies a paru à ce dernier expérimentateur occasionner parfois une douleur assez vive et provoquer des efforts de vomissement fort pénibles; les boules plates, au contraire (même celles qui possèdent un diamètre transversal plus considérable que celui des rondes) dépriment facilement et sans souffrance le conduit œsophagien et constituent, par conséquent, un moyen de dilatation plus efficace et qui est bien mieux toléré par les malades.

Ce qu'il faut éviter, avant tout, dans ce cathétérisme, c'est de dilater ou comprimer dans le sens antéro-postérieur pour que le larynx et la trachée ne soient pas mis en cause.

e. Plaie pénétrante du cou. — *Suture des deux bouts trachéaux.* — *Tubes articulés dans la trachée.* — Si la trachée est sectionnée seulement dans une partie de son étendue, on parvient par la flexion forcée du cou, et s'il est besoin par l'apposition de quelques points de suture sur les lèvres des deux bouts, à combattre l'asphyxie et à rétablir la continuité du calibre trachéal. Mais la section du conduit aérien est-elle complète, les difficultés sont beaucoup plus grandes, le bout inférieur détaché des tissus voisins se rétracte avec force en bas derrière le sternum et il n'est pas aisé d'aller le saisir pour le suturer avec le bout laryngien.

Dans le cas même où l'on peut réussir à réunir les deux extrémités du conduit, il est à craindre que les sutures déchirent les cerceaux cartilagineux et que le bout inférieur, se rétractant à nouveau, ne détermine une suffocation imminente; que faire en pareille circonstance?

Dans un cas relaté à la Soc. de ch., t. V., p. 236, pour remédier aux accidents d'asphyxie si pressants, M. Richet fit construire un appareil composé de *deux tubes articulés* et pouvant s'emboîter exactement; il plaça l'un deux dans le bout inférieur et l'autre dans le bout supérieur de la trachée de façon à combler les 7 *centim. d'écartement* qui existaient entre les deux extrémités du conduit aérien: ces deux tubes s'ouvraient à l'extérieur par un orifice muni d'une soupape, de sorte que

la respiration s'effectuait de la façon suivante :

Dans le mouvement d'inspiration, l'air pénétrait librement par la bouche et par l'orifice commun que présentaient ces deux tubes emboîtés et qui était situé à la partie antérieure du cou : dans l'expiration, au contraire, la soupape se fermant, l'air pouvait s'échapper par le larynx, ce qui laissait au malade la faculté de parler : dix ans après le malade vivait et respirait aussi bien que s'il avait possédé une trachée naturelle.

f. TUMEURS DU COU.— *Peu partisan des ligatures d'artères du cou, préalables.* — M. Richet ne croit pas que la ligature préalable des grosses artères pour l'ablation des tumeurs du cou doive être adoptée en principe.

Il ne concevrait guère ces ligatures préalables :

1° Que pour les tumeurs cancéreuses qui enveloppent et absorbent en totalité les vaisseaux cervicaux dans leur épaisseur ;

2° Que pour les tumeurs parotidiennes, parce que l'hémorrhagie produite par la lésion de l'artère carotide interne peut être fatale : dans ce dernier cas, il préférerait même s'abstenir de toute tentative opératoire. De plus, dans la ligature préalable de la carotide externe le fil étreint souvent le vaisseau au-delà de la naissance de la linguale et de la thyroïdienne supérieure et, par conséquent, on court risque de n'avoir apporté qu'un obstacle illusoire à l'hémorrhagie.

4° Affections kystiques.

a. GANGLION OU KYSTE SYNOVIAL DU POIGNET (face dorsale). — *Scarification.* — Dans ces sortes de tumeurs, la *ponction* est toujours insuffisante et bien souvent l'*écrasement* ne peut être effectué ou bien est suivi de récidive. M. Richet préfère de beaucoup le procédé dit par *scarification* : une lame très-étroite est introduite (façon sous-cutanée) dans la poche et la divise dans le sens antério-postérieur, puis circulairement : le liquide contenu dans le kyste se répand alors dans le tissu cellulaire périphérique.

Ces scarifications doivent surtout être effectuées longitudinalement et non suivant la direction transversale pour éviter de sectionner en même temps des filets nerveux, ce qui déterminerait une anesthésie partielle des téguments.

A l'aide de cette opération, qui est du reste très-simple et pratiquée aujourd'hui par bien des chirurgiens depuis que Marchal de Calvi (*Annales chir. franç. et étrang.* 1855) a appelé l'attention sur elle, il se fait une secrétion plastique qui favorise le recollement des deux parois du kyste. Elle a constamment réussi entre les mains de M. Richet.

b. KYSTE SÉBACÉ DU CUIR CHEVELU. — *Injection interstitielle au chlorure de zinc.* — M. Richet a essayé depuis 1869 avec assez d'avantage l'usage du chlorure de zinc liquide injecté au centre des loupes du cuir chevelu : la mortification a lieu peu à peu et la tumeur est rendue plus facilement énucléable. Il se sert à cet effet de la seringue d'Anel qui lui permet de pousser au centre de la masse de 1 à 4 gouttes du liquide constitué par la déliquescence du chlorure de zinc abandonné à l'air libre ; au moment de l'injection il imprime à la canule-trocart de petits mouvements, en sens divers, de façon à dilacérer les mailles du tissu et à porter le liquide en différents endroits. Souvent, dit-il, il lui a suffi d'une seule goutte pour débarrasser les malades. Au bout de quelques jours, l'orifice que le caustique a déterminé sur le point où a pénétré le trocart permet de donner issue au contenu de la masse, puis la mortification suit sa marche. Nous lui avons vu appliquer ce procédé à l'Hôtel-Dieu.

c. GOÎTRE. — *Même thérapeutique. — méthode de de Luton, injections iodées interstitielles.* — Ce professeur a également essayé le même mode de traitement dans un goître volumineux dont la relation se trouve *Gaz. des hôpt.* 1869. Il s'agissait d'un jeune homme portant un goître énorme dans le lobe médian duquel une première injection, faite avec le chlorure de zinc étendu d'eau, ne donna lieu à au-

cun résultat. Une seconde tentative fut effectuée avec le chlorure à l'*état sirupeux*. Mortification de la peau dans l'étendue de 2 centimètres. Vive inflammation avec induration du lobe médian. Diminution, dégorgement et souplesse redevenue plus grande des deux lobes latéraux.

Dans ces essais, M. Richet ne semble pas avoir été guidé par les mêmes vues, les mêmes principes qui ont été exposés par M. le Dr Luton de Reims : le principal avantage qu'il reconnaît à cette méthode c'est de déterminer une mortification plus inoffensive que celle que provoque l'emploi des flèches caustiques qui exposent assez souvent aux hémorrhagies.

C'est surtout à la forme de *goître hypertrophique*, dans laquelle il y a seulement accroissement de la masse sans altération notable de tissu, que convient tout particulièrement la méthode des *injections interstitielles iodées* de M. Luton (*Traité des injections sous-cutanées à effet local*. Méthode de traitement applicable aux névralgies, aux points douloureux, au goître, aux tumeurs, etc. J.-B. Baillière, 1875). « C'est dans ces conditions, dit cet habile » expérimentateur, que nous avons obtenu » nos plus beaux résultats et les plus rapi- » des. » Il résume du reste dans le tableau suivant les divers cas qu'il a eu à traiter.

	Guér.	*Amélior.*	*Insuc.*	
Goître diffus.	16	16	0	0
Goître lobé. .	37	22	14	1
Goît. dégén. .	12	4	7	1
Goît. vascul. .	4	2	1	3
Totaux. .	69	44	22	5

C'est surtout la teinture d'iode qu'il met en usage, puis viennent les solutions iodo-iodurées, la solution d'iodure de potassium, l'acide iodique, l'huile iodée. De tous ces cas, il n'a eu qu'un exemple d'inflammation suppurative de la tumeur qu'il attribue à ce qu'il s'était servi d'une solution concentrée d'iodure de potassium qui est véritablement caustique. Voilà des résultats qui tiennent presque du merveilleux, et M. Luton doit bien regretter de voir sa méthode si peu mise en usage dans nos hôpitaux de Paris.

5° Affections des orteils.

Ongle incarné. — *Anesthésie locale. — Ablation de l'ongle.* — M. Richet emploie ici comme dans toutes celles dites : « petites opérations chirurgicales », ouverture d'abcès, etc., l'anesthésie locale pratiquée au moyen de l'éther versé goutte à goutte et évaporé par l'insufflation, ou avec l'appareil plus commode de Richardson.

Il enlève l'ongle soit en introduisant entre la production cornée et les chairs, le bec d'une sonde cannelée, soit en le coupant préalablement et arrachant ses deux moitiés latérales. Quant à l'excision de la matrice, il n'y a recours que si elle est par trop dégénérée. Une bonne précaution qui est prise par le chirurgien avant de procéder à l'opération est de serrer la racine de l'orteil avec un ruban de fil, de manière à interrompre la circulation veineuse : nous l'avons vue également employée par M. Tillaux à Lariboisière.

Rien n'est variable, du reste, dans nos hôpitaux, comme le traitement appliqué à l'ongle incarné. Mais le plus souvent c'est à l'arrachement de l'ongle et à l'excision de la matrice qu'on a recours : nous pensons toutefois qu'on fait peut-être un peu abus de cette thérapeutique sanglante ; on se hâte trop d'opérer certains sujets qui, certainement *et avec le temps* auraient pu s'améliorer et même guérir en introduisant patiemment et adroitement, soit de la charpie, soit une lame de plomb ou de gutta-percha entre l'ongle et les chairs : de plus, l'opération sanglante laisse toujours à sa suite une déformation plus ou moins grande. Le procédé de M. Guyon (autoplastie par glissement — déplacement de la portion ulcérée) est un de ceux qui donnent certainement le moins de déformation, mais il est délicat, sinon difficile à réussir; nous l'avons vu échouer entre les mains de chefs de service qui ne l'avaient pas exécuté convenablement. M. Dolbeau ne se hâte pas d'opérer et conseille l'écartement des chairs et l'introduction de quelques brins de charpie entre elles et l'ongle.

M. Després, en fait d'ongle incarné, est également *conservateur*, et il n'en vient à l'opération sanglante que lorsque l'ulcération est entretenue par des fongosités rebelles qui réclament impérieusement l'intervention chirurgicale.

Dr GILLETTE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Maladies de la peau.

Avant de faire une revue de la thérapeutique des affections cutanées dans les différents services de l'hôpital Saint-Louis, je crois qu'il ne sera pas sans intérêt, pour les praticiens, de jeter un coup d'œil général sur les affections de la peau, et de faire une classification des différentes lésions qui servent à en établir le diagnostic.

Les lésions de la peau peuvent se diviser d'abord en :

1° Lésions primitives;
2° Lésions secondaires.

Les lésions primitives le seront elles-mêmes d'après leurs caractères différentiels en huit subdivisions :

1° Vésicules;
2° Bulles;
3° Pustules;
4° Papules;
5° Tubercules;
6° Squames;
7° Ulcérations;
8° Colorations.

Les lésions secondaires comprendront deux chapitres :

1° Les croûtes;
2° Les cicatrices.

Ce sera, je crois, la manière la plus simple de faire remémorer rapidement les maladies de la peau.

1° *Vésicules.*

Les vésicules sont des petits soulèvements épidermiques remplis de sérosité et dont le volume varie de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une lentille. Les maladies dans lesquelles on trouve la vésicule comme lésion élémentaire sont :

L'eczéma — l'herpès — la varicelle — la miliaire et la gale.

Dans l'eczéma, les vésicules n'ont qu'une durée éphémère, et il est souvent très-difficile de pouvoir constater leur présence, seul le liquide jaune qui en sort et qui en se concrétant forme des croûtes, permet dans la plupart des cas au médecin d'en affirmer la présence antérieure.

Dans la miliaire, les vésicules sont plus petites et séparées, et leur plus longue durée permet d'en constater facilement la présence.

Dans l'herpès, les vésicules, d'abord transparentes, prennent une teinte opaline et se couvrent ensuite de croûtes noirâtres.

2° *Bulles.*

Les bulles sont des soulèvements de l'épiderme remplis de pus sanieux et dont le volume est un peu plus considérable que celui des vésicules. Lorsque la bulle s'est ouverte, on aperçoit une ulcération plus ou moins profonde, et il se forme des croûtes plus ou moins épaisses.

Deux maladies sont caractérisées par la bulle comme lésion primitive, ce sont :

Le pemphigus et le rupia.

1° *Pemphigus.* La grosseur de la bulle varie du volume d'une lentille à celui d'une amande, et est remplie d'une sérosité analogue à celle d'un vésicatoire. La croûte qui lui succède est de peu d'épaisseur, et les ulcérations sont superficielles. Le pemphigus peut se montrer sur tous les points du corps. Il peut être aigu ou chronique et est lié généralement à un état cachectique.

2° *Rupia.* Dans le rupia, la bulle est remplie de pus sanieux et est entourée d'une auréole inflammatoire; elle se recouvre ensuite d'une croûte noirâtre plus ou moins épaisse et masquant une ulcération du derme. Son lieu d'élection le plus ordinaire est sur les membres, et ses causes les plus fréquentes sont l'état cachectique, la scrofule ou la syphilis.

3° *Pustules.*

La pustule est un soulèvement épidermique de la grosseur d'un grain de millet à une lentille, mais dans lequel la séro-

sité est remplacée par du pus. Chaque pustule est remplacée ensuite par une croûte qui laisse le plus souvent après sa chute une cicatrice indélébile.

Cinq maladies sont caractérisées par les pustules, ce sont :

La variole — la varioloïde — l'impétigo — l'ecthyma et l'acné.

Lorsque les pustules sont indurées à leur base et ont pour siége les follicules sébacés, c'est de l'acné. La face et la partie supérieure du tronc sont les lieux d'élection les plus ordinaires de cette affection. Les cicatrices qui subsistent après la guérison de ces pustules sont blanchâtres et analogues à celles laissées par des piqûres de sangsues.

Dans l'ecthyma les pustules sont arrondies, assez grosses, à base rouge et dure, et sont suivies d'une croûte brunâtre plus ou moins épaisse.

L'impétigo se montre surtout au cuir chevelu chez les enfants; au début, pustules blanchâtres dont l'humeur se concrète sous forme de croûtes molles, jaunâtres, semblables à du miel.

4° *Papules.*

Les papules sont constituées par une tuméfaction circonscrite du corps papillaire du derme; elles ne se terminent jamais par suppuration, occasionnent des démangeaisons excessives et si leur durée a été longue, elles laissent après leur guérison un épaississement de la peau.

Trois maladies sont caractérisées par les papules, ce sont :

Le strophulus — le lichen et le prurigo.

Le strophulus a quelque chose d'inflammatoire, c'est le feu de dents des enfants, il se montre surtout sur le visage et peut apparaître aux troncs et aux membres.

Le lichen est caractérisé par des papules rougeâtres, prurigineuses, suivies d'excoriations superficielles avec petites croûtes sanguines. Il peut être aigu ou chronique. — Comme lieu d'élection il se montre aux parties les plus humides et les plus douces de la peau.

Le prurigo, au contraire, existe aux parties les plus rudes et sèches de la peau. Il est caractérisé par des papules couvertes d'une petite croûte formée de sang desséché et produisant des démangeaisons souvent intolérables. Il est aigu ou chronique et se montre surtout au printemps.

5° *Tubercules.*

Le tubercule n'est que l'exagération de la papule. La durée des tubercules est ordinairement très-longue ; ils se terminent soit par résorption avec cicatrice indélébile, soit par ulcération.

Une seule maladie, la mentagre, a le tubercule comme lésion anatomique simple. Le siége de cette affection est dans le bulbe pileux de la moustache ou du menton.

Mais plusieurs diathèses :

La syphilis — la scrofule — le cancer, ont le tubercule comme manifestation sur le derme.

Lorsque le tubercule est arrondi, lisse, de couleur jambon cru avec petite collerette d'épiderme (collerette de Biett) autour de la partie saillante, c'est un tubercule syphilitique.

Lorsque la collerette n'existe pas, et que les tubercules ont tendance à s'ulcérer, c'est un tubercule scrofuleux.

Si les tubercules sont durs, bosselés, avec quelques points moins indurés, c'est le tubercule cancéreux.

6° *Squames.*

Les squames sont des productions épidermiques pouvant se montrer sur n'importe quelle partie du corps et pouvant revêtir différentes formes.

Quatre maladies ont la squame comme élément essentiel, ce sont :

Le psoriasis, le pytiriasis, l'herpétide maligne exfoliatrice, l'ichthyose.

Dans plusieurs autres maladies de peau, on rencontre aussi la squame, mais ce n'est plus alors que comme élément consécutif (eczéma, pemphygus, syphilis, scrofule).

Dans le psoriasis la squame est large et nacrée et s'accompagne de coloration et d'élevure, son lieu favori d'élection est aux parties sèches de la peau.

Dans le pytiriasis la squame est petite et furfuracée.

Dans l'herpétide maligne exfoliatrice, la squame est large et la maladie généralisée à toute l'enveloppe cutanée, le malade sème, comme le bouleau, son épiderme à tous les vents.

Dans l'ichthyose, la peau est ridée et cornée, et la maladie est congénitale, elle siége surtout aux cuisses et aux bras.

7° *Ulcérations.*

Les ulcérations de la peau sont des solutions de continuité qui n'ont aucune tendance spontanée à la guérison.

Quatre diathèses tiennent les ulcérations de la peau sous leur dépendance, et leur impriment un caractère particulier qu'il est très-important de reconnaître pour la direction du traitement.

On a donc quatre ulcérations :

1° l'ulcération herpétique.
2° — scrofuleuse.
3° — syphilitique.
4° — cancéreuse.

1° Les ulcérations herpétiques sont essentiellement superficielles, à bords taillés en dédallant, sans induration bien marquée ni engorgement des ganglions.

2° Les ulcérations scrofuleuses ont les bords décollés, amincis, minés sous la peau, de couleur rouge vineuse avec petites ulcérations au pourtour, elles laissent des cicatrices indélébiles.

3° Les ulcérations syphilitiques ont les bords toujours taillés à pic avec fond grisâtre, induration et engorgement indolent des ganglions; elles laissent des cicatrices indélébiles.

4° Les ulcérations cancéreuses ont les bords indurés, saillants, renversés en dehors, en forme vulgairement appelée à rebord de pot de chambre et ne guérissent jamais.

8° *Colorations.*

Les colorations de la peau sont de trois variétés différentes :

1° Exanthèmes.
2° Taches hématiques.
3° Taches pigmentaires.

1° *Exanthèmes.* Ils sont caractérisés par de la chaleur et de la rougeur de la peau disparaissant momentanément sous la pression du doigt; ils s'accompagnent souvent de prurit et de gonflement de la peau, ont une durée variable et se guérissent par desquammation.

Les maladies caractérisées par un exanthème sont :

La rougeole, la roséole, la scarlatine, l'érythème, l'érysipèle, les taches lenticulaires, l'urticaire.

Deux affections diathésiques, la scrofule et la syphilis se manifestent également par de l'exanthème.

Dans la syphilis, l'exanthème a une coloration un peu cuivrée.

Dans la scrofule il a une coloration lie de vin.

2° *Taches hématiques.* Elles sont occasionnées par une extravasation du sang que la pression du doigt ne fait pas disparaître (pétéchies).

3° *Taches pigmentaires.* Elles sont dues à un dépôt de pigment et sont tantôt jaunâtres (éphélides, lentigo) et tantôt brunâtres.

Lésions secondaires des maladies de la peau.

1° Croûtes. — 2° Cicatrices.

1° *Croûtes.* Les affections herpétiques n'ont pas de croûtes caractéristiques.

Les affections syphilitiques ont des croûtes sèches, dures, cornées, de couleur bronze florentin et leur durée est très-longue.

La scrofule a des croûtes stratifiées, mêlées de brun et de blanc grisâtre, et de consistance moindre que les croûtes de nature syphilitique.

2° *Cicatrices.* Il est quelquefois très-important de pouvoir faire un diagnostic rétrospectif à la seule inspection d'une cicatrice; aussi ne saurait-on trop s'exercer à bien les différencier.

Les affections syphilitiques ont des cicatrices superficielles, gaufrées, blanchâtres, sans adhérences profondes.

Les affections scrofuleuses ont des cicatrices réticulées, avec brides arrondies et des adhérences profondes.

Dr A. CADIER.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Du colchique et de ses propriétés (1).

EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET TOXIQUES.

Le colchique a deux modes d'agir bien distincts : il a 1° une action primitive locale ou mécanique, irritante sur les parties avec lesquelles il est en contact. Cette action peut manquer, et 2° une action consécutive dynamique, hyposthénisante par suite de l'altération du sang.

Pris à dose très-faible, il ne survient aucun symptôme particulier. Cette dose répétée et continuée quelque temps peut encore n'amener aucun symptôme du côté des voies digestives. Il peut n'y avoir d'appréciable que son élimination indiquée par des urines ou des sueurs plus abondantes, et parfois son absorption qui se traduit par le ralentissement du pouls et des effets antiphlogistiques.

Pris à dose moyenne, il agit à la manière des substances âcres. L'estomac et les intestins en ressentent surtout les effets : sensation d'âcreté à la gorge, nausées, vomissements ou chaleur à l'épigastre, coliques, selles plus ou moins abondantes, souvent avec ténesme ; et après un laps de temps qui varie d'une à plusieurs heures l'action secondaire se manifeste : malaise général, affaiblissement du pouls, lipothymie, urines abondantes, sueurs profuses.

Si la dose est plus forte ou si la dose moyenne est continuée, tous ces symptômes s'accentuent de plus en plus : vomissements incessants, soif ardente, douleurs violentes à l'épigastre et dans tout l'abdomen, selles sanguinolentes, ténesme et douleurs hémorrhoïdales, prurit et douleurs à l'anus, dysurie, miction sanguinolente. Puis quelquefois en même temps ou immédiatement après, ou souvent après un repos ou un calme trompeur de plusieurs heures, on voit paraître les effets de l'intoxication du sang : affaiblissement progressif, pouls petit, faible, intermittent ; syncope, oppression de la poitrine, tremblements, vertiges, convulsions, coma, mort. Les facultés intellectuelles restent généralement saines jusqu'à la fin.

Ce qui frappe le plus dans les effets physiologiques et toxiques du colchique, ce sont ces deux actions si tranchées et si différentes l'une de l'autre : action irritante d'un côté, action déprimante de l'autre. On se met facilement en garde contre la première ; on peut la prévenir, la modérer, la combattre avantageusement. L'action déprimante est bien plus insidieuse et plus redoutable. C'est alors que l'on croit tout danger disparu qu'elle fait explosion. On n'a souvent plus le temps d'agir.

Etudions le mode d'agir du colchique sur les différentes fonctions.

Sur le tube digestif. — A doses faibles et moyennes le colchique arrête ou trouble la digestion. A doses plus fortes, son action est commune avec tous les drastiques, mais peut ne se prononcer qu'après un ou deux jours. Il irrite fortement la membrane muqueuse ; il la force à des contractions, à des sécrétions plus abondantes qui entraînent la substance hors de l'organisme : c'est plutôt par les selles que par les vomissements qu'il agit. Il ne semble pas avoir d'action spéciale et directe sur le foie et les autres glandes de l'abdomen. Cependant Garrod pense que lorsque des doses élevées ont été employées, qu'il survient un effet purgatif énergique et en même temps des nausées, des vomissements, la coloration que présentent alors les selles et les matières vomies démontre suffisamment que ce médicament exerce sur les fonctions du foie une action particulière : c'est plutôt là l'action commune des éméto-cathartiques violents.

Sur la peau. — Quand le colchique a été absorbé, s'est mêlé au sang et tend à s'éliminer, il prend parfois la voie des sueurs ; mais ce n'est pas là sa marche habituelle et l'on peut difficilement le ranger parmi les sudorifiques. Les sueurs surviennent encore d'une manière indirecte avec l'affaiblissement, les nausées, etc.

Sur les reins. — C'est la voie d'élimination spéciale du colchique quand il a été absorbé. On a voulu comparer l'action

(1) Suite. Voir le dernier numéro.

purgative et l'action diurétique du colchique, classer la première parmi les effets primitifs et la seconde parmi les effets secondaires; mais suivant les doses, cette distinction n'a plus lieu. Nous avons vu qu'à faible dose il n'y a pas de purgation et les urines copieuses deviennent un effet primitif. Il est mieux de voir dans l'augmentation de la sécrétion de la membrane muqueuse intestinale, dans les purgations comme dans les vomissements, un effet mécanique local, et dans la sécrétion urinaire abondante un effet dynamique général.

Mais ce n'est pas là le seul effet du colchique sur les reins et les urines. Vers 1825 Chélius signala comme la propriété la plus remarquable du colchique, celle d'augmenter, de doubler même en très-peu de temps la proportion d'acide urique dans l'urine des personnes soumises à l'emploi de ce médicament. Ainsi chez un goutteux auquel il administra le vin de colchique, l'urine qui contenait avant son usage 0,069 d'acide urique libre ou combiné avec l'ammoniaque, en contenait quatre jours après 0,076; le huitième jour, 0,091 et le douzième jour, 0,102. Ce résultat explique le soulagement qu'en éprouvent les goutteux. — Christison constata plus tard que le colchique exerçait une action semblable, quoiqu'à un degré moitié moindre, sur la production de l'urée. — Maclagan, dans un grand nombre d'expériences, a vérifié la véracité des assertions de Chélius et de Christison, et il en a conclu que le colchique peut être très-avantageux dans le cas où l'urée et l'acide urique sont en proportion moindre qu'à l'état normal, et remplacés comme cela a lieu le plus souvent par d'autres matériaux organiques.

Cette diminution de l'urée et de l'acide urique s'observe dans plusieurs formes d'anasarques, et surtout dans celles qui succèdent à la scarlatine; les urines sont alors presque supprimées; l'urée et l'acide urique sont remplacés par l'albumine dont la présence se signale souvent par des accidents de la plus haute gravité. Cette propriété du colchique peut devenir précieuse dans plusieurs maladies.

Cependant cette action du colchique sur la sécrétion urinaire et sur l'élimination de l'urée et de l'acide urique ne serait rien moins que constante. D'après Boecker et Oesterlen, le colchique n'exercerait aucune action sur la quantité d'urine rendue ni sur la proportion de l'urée ou de l'acide urique qu'elle peut renfermer. D'après Graves, Gairdner, la quantité d'acide urique serait même diminuée dans quelques cas. Les expériences de Garrod et ses analyses le porteraient à se ranger à l'opinion de ces auteurs.

Sur le système nerveux. — On ne voit aucun effet direct du colchique sur les centres encéphalo-rachidiens ni sur les nerfs. Un seul fait dans la science semblerait démentir cette manière de voir, mais aucun autre fait n'est venu le confirmer. Biermann raconte (*Pratichen Heilkunde*, 1835) qu'un homme de soixante ans accoutumé à prendre dix à quinze gouttes de teinture de semences dans ses accès de goutte, porta la dose à cinquante gouttes prises en deux fois dans l'espace d'une heure. Aucun phénomène gastrique. Une céphalalgie insignifiante ne se manifesta qu'au bout de dix-huit heures. La vision avait acquis une netteté jusqu'alors inconnue au malade; ses facultés intellectuelles s'affaiblirent; les mots qu'il lisait si bien ne s'arrangeaient plus dans sa tête de manière à former un sens; même dans les phrases les plus courtes, il ne pouvait retrouver le mot qu'il venait de lire; il confondait les noms des objets qui lui étaient le plus familiers; quelquefois même sa langue se refusait à prononcer certains mots. Biermann ne dit rien sur la durée et la terminaison de ce singulier état. Nous ne voyons là qu'une simple coïncidence et les effets d'une affection cérébrale tout à fait indépendants des effets du colchique.

Quoi qu'il en soit de ce fait bizarre, on ne remarque dans aucun cas d'empoisonnement, aucun trouble des fonctions intellectuelles, aucune paralysie : et s'il survient des convulsions, c'est au dernier moment, par l'effet de la stase du sang ou d'un sang vicié sur les nerfs ou la moelle épinière. C'est probablement aussi par l'intermédiaire de la circulation que le colchique enlève les douleurs de la goutte, des rhumatismes, des névralgies, etc.

Sur la circulation et le sang. — L'action du colchique sur le système circulatoire l'a fait rapprocher de la digitale. En effet, une fois absorbé, il réprime remarquablement les mouvements du cœur et des artères; le pouls devient faible et se ralentit d'une manière notable par des doses répétées. Cette faiblesse du pouls augmente de plus en plus; surviennent la cyanose, les syncopes et l'arrêt de la circulation. Le sang ne se coagule pas; il s'épaissit, devient noir, poisseux, tel qu'on le trouve dans les degrés les plus violents du choléra. La mort survient probablement par paralysie du cœur.

Sur la respiration. — L'oppression qui survient dans les derniers moments est un effet consécutif aux troubles de la circulation.

DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE LA COLCHICINE.

Le colchique doit ses propriétés vénéneuses à un alcaloïde végétal qu'il renferme aussi bien dans son bulbe que dans ses semences, *la colchicine*.

La vératrine, beaucoup plus anciennement connue que la colchicine et longtemps le seul alcaloïde présumé du colchique, a seule supporté tous les méfaits de la plante. On lui attribua tous les empoisonnements. Quelques auteurs voulurent aussi l'associer aux bons effets du colchique, et bientôt elle fut classée parmi les médicaments.

La colchicine ne jouit encore sous son vrai nom d'aucune faveur dans la pratique. Elle n'est connue que par quelques expériences que des médecins courageux ont entreprises sur eux-mêmes, comme Heinrich, et par des expériences sur les animaux. L'on doit mettre à son compte la plupart des bons comme des mauvais effets de la *prétendue vératrine* que l'on retirait du colchique de 1820 à 1856.

Heinrich prit 0,01 de colchicine non enveloppée, pour en étudier la saveur. Bientôt après, éructations, dégoût, avec fortes nausées; augmentation de la salive. Les nausées durèrent quelques heures, même encore après le souper, qui fut pris sans appétit. Le pouls baissa peu à peu de 11 pulsations dans les deux premières heures. Aucun autre phénomène ne fut observé.

Huit jours après, Heinrich en prit 0,02 enveloppés dans une hostie. Il était quatre heures du soir. Le pouls ne changea pas dans les deux premières heures. Jusqu'à huit heures du soir, il ne se montrait que des éructations et un léger ptyalisme; le souper fut pris sans appétit. Il survint une sensation vague qui empêchait l'attention de se porter sur le sujet de la lecture. Vers dix heures, sommeil, agitation à une heure et demie, rêves pénibles, envies d'aller à la selle; à peine, Heinrich eut-il quitté le lit, nausées plus fortes, explosion de vomissements pendant deux minutes, et, en même temps, selle très-molle copieuse, accompagnée de violent ténesme. Cette scène pénible se renouvela trois fois à courts intervalles. Les premières matières vomies consistaient dans le dîner et le souper non digérés; puis c'était un liquide jaune verdâtre et amer. Vers trois heures, sommeil jusqu'à six heures du matin; alors nouveaux vomissements et abondantes et douloureuses évacuations alvines. Les vomissements ont cessé depuis lors, mais les renvois, les nausées et l'absence totale d'appétit persistèrent encore pendant quatre jours. Le premier jour, Heinrich ne prit que de l'eau froide, et les trois autres, qu'un peu de soupe. Le ventre était ballonné, sensible, gargouillant beaucoup. Le second jour, il y eut deux selles; le troisième une, et le quatrième trois, avec ténesme et renfermant, surtout le deuxième et le troisième jour, de nombreux flocons de 4 à 8 millimètres de longueur, semblables au blanc d'œuf coagulé. La fièvre débuta vers le milieu du premier jour, par des frissons, suivis de forte chaleur durant plusieurs heures, avec soif, pouls très-accéléré, embarras du cerveau, agitation et insomnie. La faiblesse déjà considérable le premier jour par suite des abondantes évacuations, augmenta lors de l'apparition de phénomènes fébriles. Heinrich fut obligé de garder le lit le premier jour, il ne pouvait le quitter qu'avec peine les trois jours suivants. La sensibilité de

l'abdomen disparut seulement le quatrième jour. La quantité de l'urine ne put être déterminée, à cause de la fréquence des selles ; ce liquide était trouble et avait un dépôt blanc abondant. (*Oesterr. Zeitschr. f. praks. Heilk.* 1856, *n°* 22 et *J. de chimie de ph. et toxic.*)

Ces expériences indiquent parfaitement l'action de la colchicine dans les effets du colchique. Nous empruntons au même recueil la comparaison que fait Schroff de l'action de la colchicine avec celle de la vératrine et d'autres alcaloïdes.

La vératrine et l'émétine déterminent les vomissements et la première souvent la purgation, bientôt après leur ingestion, et les phénomènes gastriques disparaissent en peu de temps. La colchicine cause presque constamment de l'entérite et parfois un commencement de gastrite ; la vératrine ne provoque ni l'une ni l'autre, et l'émétine ne produit une inflammation circonscrite de l'estomac qu'à des doses toxiques, quand le vomissement ne peut se faire, comme chez les lapins. La colchicine a plus de rapports avec l'élatérine et la colocynthine, mais sa propriété purgative n'est pas constante ; car, dans deux cas, 0,50 et 1,00 chez des lapins, n'ont pas purgé, ce qui ne se voit jamais avec les deux autres alcaloïdes.

Les expériences suivantes, dues à Geiger et Hesse, mettent, encore en évidence les différences qui existent entre la vératrine et la colchicine. On fit avaler à un chat, âgé de huit semaines, 6 milligrammes de colchicine dissoute dans de l'alcool. Presque immédiatement après, une grande quantité d'écume apparut à la bouche, et au bout d'une heure environ, il y eut des selles liquides abondantes ; puis, après un court intervalle, des vomissements. La démarche de l'animal devint chancelante ; il tomba, roula d'un côté sur l'autre, poussa un cri plaintif et fut pris de mouvements convulsifs. Ces symptômes se renouvelèrent et augmentèrent graduellement ; la mort eut lieu au bout de vingt-quatre heures. A l'autopsie, on trouva l'estomac et le canal intestinal excessivement congestionnés et enflammés de toutes parts. Une dose de 3 milligrammes seulement de vératrine, donnée à un chat moins âgé que le précédent, provoqua des convulsions plus violentes et détermina la mort en dix minutes. A l'autopsie on ne trouva aucune trace d'inflammation, si ce n'est à la partie inférieure de l'œsophage. Cette partie du tube digestif est la seule qui n'ait pas présenté les caractères d'un travail inflammatoire chez le chat empoisonné par la colchicine.

D'après ce qui précède, on voit qu'il existe des différences capitales entre la colchicine et la vératrine, et cependant le colchique et l'ellébore blanc sont mis dans une même catégorie, comme si leurs principes actifs étaient identiques. Ces différences existent également dans leurs réactions chimiques et deviennent encore plus tranchées quand on compare leur action sur le cerveau et la moelle, car la colchicine ne paraît les influencer nullement. Elle a de commun avec l'aconitine et la digitaline, son action paralysante sur le cœur, mais elle s'en éloigne sous beaucoup d'autres rapports.

Chose singulière, la durée et l'intensité de l'empoisonnement ne sont pas en proportion de la dose administrée. Chez le lapin, 0,10 de colchicine sont le minimum de la dose mortelle, et quatorze heures sont nécessaires pour obtenir ce résultat ; 0,50 ont tué, dans un cas dans la neuvième, dans un second cas, dans la dixième, et dans un troisième cas dans la douzième heure. Or ce fait n'existe pour aucune substance agissant primitivement sur le cerveau et la moelle.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LE COLCHIQUE.

Les empoisonnements par le colchique, observés chez l'homme, offrent la plus grande similitude avec ceux causés par la colchicine. Les phénomènes mettent généralement quelques heures à commencer ; la mort n'arrive qu'après quelques heures au moins, et le plus souvent, un et plusieurs jours après ; les fonctions cérébrales et celles de la moelle sont intactes au moins jusque peu de temps avant la mort ; enfin le sang est également épais et poisseux.

Les fleurs, les bulbes et les feuilles ont

bien rarement donné lieu à des empoisonments par méprises; cependant on cite un cas d'empoisonnement par les feuilles et suivi de mort.

Ce sont ordinairement les graines moitié vertes et mûres qui tentent les enfants et occasionnent des accidents.

Obs. I. Deux jeunes filles de la Fère mangent, en jouant dans la prairie, des graines et succombent après avoir présenté des symptômes cholériques.

Les faits suivants (*J. de chimie*, 1857) indiquent bien la marche de la maladie et les résultats de l'autopsie.

Obs. II. Un enfant joue avec des capsules encore vertes et mange des graines à moitié mûres. Vomissements verdâtres avec diarrhée, coloration bleuâtre de la face, gonflement du ventre. L'enfant meurt 24 heures après sans délire ni convulsions, avant l'arrivée du médecin. L'autopsie est faite par Hafner 28 heures après la mort par une température moyenne de 20 degrés. La putréfaction est très-peu avancée. Les vaisseaux de la tête et du cerveau sont gorgés de sang, ceux du cervelet sont à l'état normal. Le ventricule droit et l'oreillette gauche renferment du sang coagulé, ainsi que les veines caves supérieure et inférieure. L'estomac offrait de nombreuses plaques rouges et des suffusions sanguines sous-muqueuses.

Obs. III. Une petite fille de 4 ans en voyant une voiture de foin arrache des capsules de colchique et en mange les graines les prenant pour des graines de pavot. La mère prévenue, fait prendre du lait à l'enfant à deux reprises différentes et avant tout symptôme morbide; vomissement immédiat et rejet de graines, et de fragments de capsules. La nuit fut bonne, l'enfant ne se plaignit de rien. Le lendemain matin elle rendit son café et fut prise de diarrhée violente; une certaine quantité de graines partirent encore avec les selles. Cependant la petite n'était pas couchée et n'accusait aucune douleur. Le même jour, à quatre heures, elle demanda à aller au lit; elle fut prise de tremblements, puis de convulsions, et mourut au bout d'une demi-heure, 24 heures à peine après l'injestion du poison.

L'autopsie fut faite quarante heures après la mort. Les pupilles étaient très-dilatées; taches cadavériques sur la surface postérieure du corps; la région correspondante à la direction du côlon transverse était verdâtre, quelques autres signes de putréfaction se voyaient dans d'autres régions. Stases sanguines considérables dans toutes les parties de l'encéphale et de ses enveloppes; toutes les veines distendues par un sang liquide, foncé en couleur. Pas de sérosités dans les ventricules; le canal spinal en renferme une très-petite quantité. Muqueuse de la bouche et du pharynx pâle; un peu de rougeur autour de la luette. Poumons marbrés de noir.

Pâleur et ramollissement de toute la muqueuse gastro-intestinale; développement des glandes de Peyer; stase sanguine dans le foie; distension de la vésicule biliaire par une bile liquide d'un vert foncé.

Les résultats de cette autopsie ne concordent pas avec ceux qui ont été signalés par d'autres auteurs, notamment avec la rougeur de la muqueuse digestive qu'on rencontre assez généralement. Ici la muqueuse était d'une pâleur remarquable, mais ramollie et facile à détacher. Le lait qui a été donné à deux reprises au début, peut avoir neutralisé l'action irritante locale du poison. Ici la mort est due exclusivement à l'action dynamique du colchique.

Obs. IV. Un enfant de cinq ans bien portant, très-nerveux, fut pris le soir du 11 juillet de vomissements violents. La mère remarqua des semences vertes parmi les matières vomies. Theuze, appelé aussitôt, reconnaît les graines du colchique. L'enfant se plaint à peine d'un léger malaise; pas de brûlure au gosier, aucune douleur d'estomac, mais soif intense et pâleur du visage; pouls naturel, aucune dilatation des pupilles, tête parfaitement libre. Vomitif.

Vers huit heures du soir les vomissements cessent, l'enfant paraît se bien porter.

On prescrit une potion huileuse, des boissons mucilagineuses et quelques lavements.

Vers cinq heures du matin, plusieurs selles sans coliques ; on trouve dans chaque selle une quinzaine de graines de colchique ; plusieurs vomissements avaient encore eu lieu pendant la nuit.

Vers six heures, on remarque un grand abattement, contraction des traits du visage, léger tremblement des membres, pâleur, physionomie anxieuse ; puis délire et état comateux. Le pouls, qui était resté normal, commence à une heure à devenir petit, fréquent, contracté ; délire plus intense, syncopes; rotation des globes oculaires, coma. L'enfant ne s'était jamais plaint de maux de tête ; l'abdomen était resté mou, sans distension, indolore.

A deux heures, refroidissement du corps, faiblesse croissante. Mort calme à cinq heures, environ vingt-huit heures après l'ingestion du poison.

A l'autopsie : léger état hypérémique des vaisseaux de la dure-mère et des sinus veineux ; partout un sang noir et liquide ; aucune trace d'irritation de la muqueuse gastro-intestinale. Corps dans un très-bon état de conservation.

Les empoisonnements par les préparations de colchique ont le plus souvent lieu par des erreurs.

Obs. V. Une fille de 18 ans, à peu près idiote, prend en une fois dix-huit pilules contenant ensemble 1,70 d'extrait de coloquinte composé et autant d'extrait de colchique, plus 0,10 d'extrait thébaïque.

Les effets éméto-cathartiques débutent seulement au bout de treize heures. Vingt-quatre heures après leur invasion, et quand ils ont diminué progressivement, ils sont remplacés par des crampes intermittentes et très-douloureuses dans les muscles des jambes; une sensation de resserrement de la poitrine et de constriction de la gorge, et en même temps une asphyxie toujours croissante : pâleur; lividité et teinte cyanique de la peau ; amaigrissement des traits; refroidissement, faiblesse, petitesse et insensibilité du pouls ; syncopes de plus en plus prolongées. Enfin mort après 47 heures de l'ingestion des pilules. Aucun délire et intelligence lucide jusqu'à la mort. Les évacuants d'abord et les stimulants diffusibles ensuite ne produisirent aucun effet (*Rev. de thér.* 1866).

Obs. VI. Cinq forçats prennent 60 gr. de teinture de colchique pour 60 gr. de vin de quinquina et meurent 15 et 18 heures après, avec pleine connaissance, dans un état de prostration complète, après avoir beaucoup souffert des vomissements, des selles répétées, d'une soif inextinguible et de douleurs intolérables à l'épigastre et dans tout l'abdomen. L'eau tiède, le tannin, le café et de nombreux sinapismes furent employés sans succès.

Obs. VII. Le fait suivant, tout aussi malheureux, présente plus d'intérêt par les détails de la marche de l'empoisonnement et par l'autopsie.

Le 18 février au soir, un homme de 50 ans but par mégarde de la décoction d'une forte cuillerée de semences de colchique dans un litre et demi d'eau. Vomissements, et quinze à vingt selles la nuit. Le matin, état général assez bon. Neubrand prescrit quantité d'eau tiède avec du beurre : nouveaux vomissements et nouvelles selles après lesquels on fit prendre du café à l'eau et une infusion concentrée de guimauve acidulée avec du citron. Pas de symptômes nerveux pendant la journée. Le surlendemain 20, à huit heures du matin, la face était pâle, la respiration haletante, la voix altérée et gémissante, les yeux enfoncés dans l'orbite, les pupilles dilatées, la langue blanche, les extrémités froides, le pouls presque insensible ; pas de soif ; selles plus fréquentes contenant des matières bleu-clair. Peu de douleurs abdominales. Le malade répondait assez bien aux questions qu'on lui adressait ; il prit avec plaisir des soupes mucilagineuses et du café. Il mourut à dix heures, 50 heures après avoir pris la décoction.

A l'autopsie faite vingt-trois heures après la mort : bouche spasmodiquement fermée ; membres contractés ; abdomen

peu tuméfié, très-dur à la pression, offrant sur les côtés et vers le creux de l'estomac des taches bleu-verdâtre, violettes, rayées, mal circonscrites. Les muscles d'un bleu foncé sont comme desséchés. La trachée rongée vers sa bifurcation; les poumons petits, pâles, mous et sains. Le cœur offrait des taches noires, violettes et brunâtres. L'œsophage d'une couleur rouge-foncé à son embouchure au cardia qui était fortement violet. L'estomac très-foncé à sa surface interne; ses veines et celles des intestins remplies d'un sang très-noir. Le foie présentait une teinte violette à sa surface postérieure et inférieure; la vésicule volumineuse est remplie de bile verte. Les intestins grêles offraient quelques taches rouges et brunâtres. (*Medic. corresp. Blatt*, 1839 et *Rev. de thér.*, 1840.)

Il résulte de ces faits : 1° que lors même qu'on se hâte de provoquer l'expulsion du poison, le danger n'en est pas moins imminent; 2° qu'il ne suffit pas non plus de combattre les effets du poison sur le tube intestinal; 3° qu'une troisième indication, la plus importante de toutes, est de se mettre en garde contre les plus redoutables effets du poison; effets insidieux qui éclatent et surprennent parfois au milieu d'un calme trompeur. Nous voulons parler de l'empoisonnement du sang et de l'action dépressive du principe toxique sur le système nerveux.

Traitement. L'indication d'évacuer le poison par les vomissements et plus tard par les selles, peut rarement se présenter ici. Ce ne serait que dans le cas où l'on viendrait à s'apercevoir avant tout symptôme de l'ingestion de colchique. Mais le plus souvent il arrive que le poison ne manifeste sa présence dans l'économie qu'après plusieurs heures, et le médecin n'est appelé que lors des vomissements incessants ou des purgations répétées.

Le premier devoir du médecin est donc presque toujours, dans l'empoisonnement par le colchique, de neutraliser son action et d'en combattre les effets.

Nous trouvons dans Sennert qu'Avicenne conseille le lait : lait de vache, d'ânesse ou de chèvre. Il est inutile, dit-il, de se pourvoir d'un autre médicament, si on a à sa disposition une très-grande quantité de lait.

L'école italienne et Giacomini conseillent l'opium et la thériaque comme les meilleurs antidotes.

Storck conseillait après avoir fait vomir d'administrer les acides et plus tard les mucilagineux.

D'autres ont indiqué les alcooliques comme affaiblissant les propriétés du colchique. On pourrait les associer à l'opium.

Le café, le tannin, les mucilagineux ont été prescrits sans succès.

Le Roy des Barres, dans sa communication à l'Académie de médecine, conseille le traitement antiphlogistique et adoucissant.

L'ouverture de l'artère temporale indiquée par un auteur semble une excentricité.

Bouchardat crut avoir trouvé le véritable antidote des préparations de colchique dans l'eau iodurée. Il indique 0,20 d'iode; et 0,40 d'iodure de potassium en solution dans 500,00 d'eau. Administrer ce liquide par demi-verre et favoriser le vomissement. (*Gaz. méd.* 1847.)

Broeck, quelques années après 1852, mit ces conseils en pratique. Il prescrivit iode, 0,10; iodure de potassium, 0,40; eau, 1000,00. Bain tiède d'une demi-heure, eau fraîche, cataplasmes émollients et narcotiques. Potion avec eau distillée, 20,000; laudanum de Sydenham, 4,00; sirop de pavot blanc, 30,00; par cuillerée de quart d'heure en quart d'heure. De nouveau bain tiède, puis glace à l'intérieur, et malgré tout la mort survint 26 heures après l'empoisonnement.

Il est, comme on le voit, plus facile de montrer les indications que de les remplir. Nous préférerions, pour notre compte, expérimenter largement et longtemps le traitement d'Avicenne et, à son défaut, ou dès les premiers symptômes d'adynamie l'opium, le vin, les alcools et l'éther.

MARTIN-LAUZER.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Nouvelle étude sur la variole et la vaccine. — D'un jour à l'autre nous devons nous retrouver aux prises avec une épidémie de variole; c'est là une des craintes fondées que partage avec beaucoup d'autres, M. le docteur Lucien Papillaud; il nous rappelle, dans son mémoire couronné, les succès qu'il eut, il y a déjà plus de vingt ans en Amérique, en pratiquant des inoculations sur 80 individus qui n'eurent qu'une variole localisée, et quand elle se généralisa ce ne fut que par une varioloïde légère, et cela se passait pendant que sévissait une épidémie de variole hémorrhagique (variole noire), presque toujours mortelle, dont étaient atteints des individus même vaccinés il y avait déjà plus de quinze ans.

Ce n'est, en effet, que depuis 1833 qu'il a été démontré que les vaccinations et les revaccinations ne préservent ni constamment ni indéfiniment. J'ai cité dans mon *Journal des Connaissances médicales pratiques* des exemples authentiques, heureusement exceptionnels, observés dans des hôpitaux, de personnes maculées par les cicatrices anciennes de la petite vérole et d'autre part vaccinées, qui ont cependant succombé à une récidive de petite vérole. De semblables faits n'avaient pas échappé à beaucoup de vaccinateurs, qui ont voulu contrôler les effets préventifs du vaccin en pratiquant en même temps l'inoculation. Ce n'est point coup sur coup qu'il faut ainsi expérimenter, mais à un grand intervalle de temps, car alors si le vaccin n'a pas eu son efficacité préservatrice, en raison d'une non-receptivité individuelle, on doit recourir de nouveau à l'inoculation. Un certain nombre de personnes sont, en effet, réfractaires à la vaccine qui, dit-on, ne prend pas, ce qui ne rend point indemne de la contagion variolique. Le docteur Gauthier de Claubry, qui fut médecin de l'École polytechnique sous Charles X, ne vit le vaccin prendre chez plusieurs de ses enfants qu'à la dix-huitième tentative.

Mme Broock, femme d'un major de la cavalerie anglaise dans les Indes, la correspondante du *Bombay Times*, qui avait fait cinq fois le voyage dans les Indes, femme fort instruite, s'était fait vacciner autant de fois. Arrivée à Paris, elle contracta la petite vérole. Sa sœur et son ami le vieux général Scott, venus en France pour dissuader Napoléon de la guerre du Mexique, me prévinrent que la seule maladie redoutée par Mme Broock était la petite vérole; pendant la période aiguë je m'abstins de prononcer le nom de cette maladie redoutée qu'elle-même diagnostiqua peu de jours après, en me disant : « Faites, je vous conjure, que mes mains, que le major Broock trouve jolies, n'aient pas de cicatrices, » Je les recouvris ainsi que la figure avec des couches renouvelées de miel rosat. A tous égards les résultats furent satisfaisants.

L'inoculation fut d'abord le premier mode pratiqué; Jenner en a donné l'exemple sur son fils, et Bousquet, qui fut avant M. Depaul le grand maître de la vaccine à l'Académie de médecine de Paris, écrivait : « La vaccine a mis fin à l'inoculation, mais il faudrait y revenir si l'on se trouvait aux prises avec la variole et sans vaccin pour s'en rendre maître. »

Lombard de Genève, ainsi que plusieurs de ses confrères de cette ville, ont pratiqué des inoculations post-vaccinales; ils ont observé une éruption primitive locale et une éruption secondaire généralisée et quelques symptômes généraux de fièvre, et ces sujets semblèrent préservés d'une manière absolue. Ce n'est, en effet, qu'à

partir de l'époque où le contrôle de la vaccine par l'inoculation tomba en désuétude que reparurent avec une intensité croissante les épidémies de variole. Cependant, je ne saurais insister pour revenir à ce moyen prophylactique, mais je conseillerais avant tout les revaccinations reconnues nécessaires par l'expérience, incessamment renouvelées et constatées sur la population tout entière, comme indispensables entre dix et quinze années d'intervalle : en temps d'épidémie, on devra prudemment répéter les revaccinations et encore inoculer. Telle est aussi l'opinion et la pratique éclairée de M. Lucien Papillaud.

Les insuccès de la vaccine et des revaccinations doivent, pour une forte portion, être attribués au mauvais choix du vaccinifère, à l'inopportunité du moment, à l'opération elle-même mal exécutée, à ce que l'instrument n'est pas chargé du virus vaccin, mais de la sérosité seulement qui découle de la pustule vaccinale, comme il arrive souvent quand on presse avec la pince sur la pustule de la génisse. Il serait autrement grave, si on avait malheureusement pour vaccinifère un syphilitique, imprégnant l'instrument d'un peu de son sang, ce qu'il faut dans tous les cas scrupuleusement éviter et ne prendre jamais que le virus vaccinal, seul utile et impuissant à transmettre une maladie quelconque. J'ai trop souvent été témoin de l'inobservance de quelques-unes des conditions que je viens d'indiquer, et qui sont toutes nécessaires, pour avoir le droit et le devoir de fixer ici les règles que j'ai toujours suivies, les seules avouables par une saine et loyale pratique :

1° Faire choix d'une pustule bien formée, entre le quatrième et le septième jour, renfermant une bonne quantité de vaccin, pustule déprimée au centre; 2° choisir le vaccinifère, qui sera un enfant bien portant de 4 à 6 mois; la nourrice sert de garantie de la santé de l'enfant; 3° la lancette bien aiguisée, lavée à l'alcool et essuyée, ouvre la pustule sans faire saigner; retirer la lancette pour laisser sourdre le vaccin, la reporter à plat, tendre avec la main gauche la peau du bras de l'individu à vacciner, et introduire la lancette à trois endroits différents entre l'épiderme et le derme, en faisant exécuter un mouvement de latéralité à la lancette avant de la retirer. Il faut éviter l'arrivée et l'écoulement du sang qui entraînerait avec lui le vaccin. Le vaccin recueilli sur plaque réussit mieux que celui des tubes, qui souvent ne contiennent que de la sérosité. Il n'est point, dans l'espèce, de détails minutieux pour avoir droit au succès dans les vaccinations comme dans les revaccinations.

Le plus expérimenté et le plus patient des statisticiens de pathologie nosocomiale, M. le docteur Ernest Besnier, fait avec raison un devoir impérieux à l'autorité pour qu'elle exige que tout le personnel des hôpitaux, *sans exception*, soit vacciné ou revacciné, dans le double but d'un exemple salutaire et d'une mesure préventive contre la mortalité.

(*Journ. des conn. médicales*).

Cas de spinâ bifida guéri par des injections. — James Morton, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital royal de Glascow, après avoir cité quatre cas de guérison de spina bifida traités par l'injection avec la glycérine iodée, deux par lui, deux par le docteur Watt, raconte le fait suivant :

Le 22 juin, le docteur Thomas Smith me fit appeler auprès d'une petite fille âgée de sept semaines, Christine M..., enfant délicate et portant une tumeur, qui datait de la naissance, elle était globuleuse, élastique, transparente et non pédonculée; elle présentait la grosseur d'une pêche ; son siége, sur la septième vertèbre cervicale et la première dorsale, réclamait la plus grande attention. On me dit que déjà, par une déchirure, s'était écoulé un liquide clair. L'ouverture semblait s'être fermée depuis, et le liquide s'accumulant dans la poche, le gonflement était devenu plus considérable que jamais.

A un hôpital où on avait conduit l'enfant, le chirurgien consulté n'avait voulu rien entreprendre.

Le 23 juin, la tumeur est ponctionnée au moyen d'un fin trocart et par la canule s'échappe une grande quantité de liquide; puis on injecte dans la poche une solution faible de glycérine iodée, on ferme ensuite l'ouverture avec du collodion. A l'exception d'un peu de fièvre, il ne se manifeste aucun malaise chez l'enfant, qui s'empresse de reprendre le sein après l'opération. Le soir elle est un peu agitée, elle ne dort pas de la nuit; le matin, elle devient plus calme et s'endort d'un sommeil réparateur.

Bientôt le liquide s'accumule une seconde fois et montre que l'injection n'a pas répondu à mon attente.

Le 3 juillet, nouvelle ponction et injection nouvelle. Cette fois, l'enfant n'en éprouve aucun effet fâcheux, elle prend le sein et dort selon son habitude. Après l'injection, beaucoup de sérum et de sang étaient sortis par l'ouverture et j'avais eu la plus grande peine à la fermer.

Le 25 juillet, l'état général de l'enfant s'est beaucoup amélioré, depuis la dernière opération, elle n'a ressenti aucun malaise et aujourd'hui qu'elle est complétement maîtresse de ses mouvements, elle paraît en user avec le plus grand plaisir.

La mère ne l'a jamais vue en si bonne santé.

La tumeur a diminué graduellement, elle est environ du volume d'une grosse fraise, et d'une couleur légèrement pourprée. Elle est entièrement solide ; sa surface est irrégulière, plissée comme un gros raisin sec.

Le 15 août, la guérison persiste.

Ce cas et les quatre cités en commençant sont les seuls où l'on ait employé ce mode de traitement, et chez tous, il a été heureux. Bien qu'en petit nombre, ces succès ont une uniformité très-encourageante et doivent exciter les médecins à augmenter le nombre de ces cures. S'attendre à des succès constants serait, je crois, une utopie ; mais si le succès devient règle et l'échec exception, ce mode de procéder pourra être tenu pour le meilleur que l'on connaisse jusqu'à ce jour dans le traitement de ce dangereux vice de conformation congénital. (*British Medical Jourdal*, n° 71, 224 octobre 1874.)

La teinture d'arnica condamnée. — Le docteur James C. White, dans une communication du 21 janvier 1875, du *Journal de médecine et de chirurgie de Boston*, fait une charge à fond contre l'arnica.

Il prétend que cette teinture est un véritable poison pour la peau. Le docteur relate trois cas où l'application de l'arnica en lotion sur des écorchures a occasionné de sévères attaques d'ecthéma, la malévolence de l'arnica serait beaucoup plus fréquente qu'elle ne paraît, et si ses effets délétères et toxiques sont rarement constatés, c'est parce que l'on met sur le compte de la blessure toutes les perturbations qui sont dues au soi-disant remède. *James White* n'hésite pas à déclarer, et il le fait avec une conviction assise sur l'expérience, que le seul agent pouvant produire un effet salutaire dans l'arnica est l'alcool qu'il contient. Le reste n'est qu'une drogue sans valeur, bien plus, nuisible.

Sans mettre à cette affirmation l'absolu du savant docteur, nous devons dire que, dans notre pratique, nous avons plusieurs fois été surpris de la manière dont se comportait l'arnica et c'est avec une extrême réserve que nous en faisions usage. *Hebra* avait, depuis longtemps, sonné le glas funèbre de ce quinquina des pauvres dont il niait les propriétés médicales. Dans la teinture aromatique des fleurs d'arnica les propriétés stimulantes sont étrangères à l'arnica proprement dit et résultent de la cannelle et de l'anis qui entrent dans sa composition ; si, d'autre part, la teinture d'arnica doit, d'après l'autorité du docteur White, de Hebra, de Tilbury Fox, ses maigres propriétés thérapeutiques à la seule présence de l'alcool étranger à la plante, le dernier jour de ce médicament factice a lui. Dangereux en maintes circonstances, n'ayant d'autre mérite que celui

qu'il tire de l'alcool auquel il sert de véhicule, ministère que l'*aqua simplex* remplirait mieux, l'arnica ne tardera pas à disparaître de la pharmacopée. C'est un mérite au docteur James C. White d'avoir mis cet agent suspect à l'index de la médecine pratique et d'avoir attiré sur ses méfaits l'œil investigateur de la science.

(*Mouvement médical.*)

Traitement de la sciatique. — Le traitement employé généralement contre cette affection consistait en bains sulfureux et injections de morphine; lorsque cette médication n'avait pas de résultat, on pratiquait alors des cautérisations transcurrentes. Dans plusieurs cas où des cautérisations plusieurs fois répétées n'avaient amené qu'une amélioration de peu de durée, M. Peter fit appliquer sur les points douloureux une compresse imbibée de chloroforme, et, dans les cas où cette médication a été pratiquée, le succès a été complet au bout de deux à trois applications. Quelques minutes après que la compresse est placée, le malade ressent une cuisson assez violente; mais il faut l'y maintenir jusqu'à ce qu'elle sèche, et avoir soin de l'appuyer avec une certaine force sur la partie douloureuse.

La sciatique bilatérale étant presque toujours liée à une tumeur du petit bassin, et le plus souvent à un cancer du rectum, il est inutile de dire que les moyens thérapeutiques indiqués plus haut seront impuissants contre cet état morbide, sinon pour en calmer momentanément les douleurs. (*Abeille médicale.*)

L'acide oxalique dans la diphthérite et ses diverses formes, par M. G. N. Cenni (*Il Raccoglitore médico*, 1874, n° 17). « Mon expérience, dit l'auteur, me contraint de prétendre qu'un moyen sûr est trouvé contre la diphthérite et que sous peu chacun sera obligé de le reconnaître. « Ce remède, d'ailleurs fort simple, c'est le badigeonnage de l'arrière-bouche avec l'acide oxalique, remède qui, soit dit en passant, a déjà été conseillé sous forme de gargarisme contre les angines catarrhales intenses. A l'appui de son assertion, il cite une lettre de son confrère Guileo, qui n'avait encore guéri qu'un seul enfant, quand il sauva de la même façon un étourneau atteint de la même maladie. Contre une affection si grave, souvent si meurtrière, il est bon de ne laisser passer aucune communication sans la signaler, bien que la forme de celle-ci nous paraisse laisser beaucoup à désirer.

Lavements d'hydrate de chloral contre le vomissement opiniâtre des femmes enceintes, par M. Simmons de Yokohama. (*New-York medical Record.* L'auteur rapporte l'histoire de plusieurs cas de vomissements très-graves pendant la grossesse, qui cédèrent à l'emploi de lavements au chloral hydraté après que tous les autres remèdes eurent échoué et qu'on croyait devoir provoquer l'avortement. Il prescrivit 2 grammes dans un véhicule mucilagineux, fit administrer 2 lavements par jour et même trois dans les cas menaçants, et obtint dans tous les cas le résultat désiré dans l'espace de 3 jours. Il pense que ce moyen pourrait être employé dans d'autres cas de vomissements sympathiques ou nerveux non déterminés par des états inflammatoires, ainsi que dans les hernies étranglées et peut-être dans le choléra.

Guérison du paraphimosis au moyen de la ligature élastique. — Après plusieurs tentatives infructueuses pour la réduction d'un paraphimosis datant de six jours, le docteur de Lépine entoura le gland jusqu'à la couronne d'un petit lac, en caoutchouc large de 1 centimètre, sur lequel il en plaça un plus étroit. Au bout de dix minutes, le gland qui était gonflé et étranglé, devint pâle et plissé et la réduction devint facile.

A la clinique de Leipzick, cette méthode est employée avec succès (*Gazetta medica italiana.*)

Moyen de rendre plus active la cautérisation par le nitrate d'argent. — Ce moyen consiste à retoucher la partie cautérisée avec un cylindre de zinc métallique. A la teinte gris-

blanc qui suit les cautérisations au nitrate succède une teinte foncée; en même temps, le malade éprouve une assez vive douleur. Le professeur Corradi a obtenu par ce procédé d'excellents résultats, dans les cas de granulations syphilitiques exubérantes.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 avril 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Rapports. — M. Blot présente au nom de M. le docteur *Chéreau* (Achille), un volume intitulé : *Les Six couches de Marie de Médicis*, racontées par Louise Bourrier, sa sage-femme.

M. Pidoux lit le rapport sur le concours du prix Godard, et un autre sur la tuberculose.

M. Colin fait observer que M. Pidoux, en analysant le mémoire sur la pathogénie de la tuberculose, semble admettre avec son auteur que le tubercule se développe dans les cellules épithéliales. Il ne croit donc pas qu'on puisse accepter sans réserve la doctrine soutenue dans le mémoire dont vient de parler M. Pidoux.

Il semblerait, en outre, d'après M. Pidoux, que les auteurs allemands eussent soutenu qu'il fallait distinguer l'état caséux du tubercule comme étant deux états morbides différents et n'ayant entre eux aucun rapport. Il ne faut pas prêter à ces auteurs des opinions qu'ils n'ont pas exprimées.

M. Pidoux soutient, contrairement à M. Colin, que les auteurs allemands et Virchow lui-même ont très-sûrement exprimé les opinions qu'il vient de citer.

Fièvre puerpérale. — M. Blot, à l'occasion du mémoire sur la fièvre puerpérale, dit qu'il proteste contre une opinion soutenue dans ce mémoire, qui veut que la fièvre puerpérale ne soit, dans beaucoup de cas, que la période ultime de la fièvre de lait.

M. Depaul va plus loin et nie l'existence de la fièvre de lait. Quiconque sait observer des malades, dit-il, reconnaît que la fièvre de lait n'existe pas.

M. Pidoux répond qu'il croit savoir observer les malades et que pourtant, contrairement à M. Depaul, il a pu bien souvent constater l'existence de la fièvre de lait.

M. Colin lit le rapport sur le concours pour le prix Rufz de Ravison, dont le sujet était : « Etablir par des faits exacts et suffisamment nombreux chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. »

La discussion des conclusions de ce rapport, ainsi que de celui de M. Pidoux, est renvoyée au comité secret, qui aura lieu après la séance publique.

Fermentation (*suite de la discussion*). — M. Mialhe lit une note sur l'ammoniaque dans l'urine. M. Colin conteste plusieurs propositions émises dans cette communication.

M. Mialhe, en effet, soutient après M. Pasteur que la présence de l'ammoniaque dans l'urine est liée à la présence du petit ferment de l'urée.

M. Colin. J'ai injecté dans la vessie d'une vache une grande quantité de matières putrides, j'ai fait en sorte que ces matières restassent un certain temps en contact avec la muqueuse vésicale, et d'ailleurs jamais la vessie ne se vide complétement chez les herbivores.

M. Pasteur fait observer que cette expérience n'infirme en rien le fait qu'il a signalé, savoir : que l'introduction d'une sonde dans la vessie peut donner lieu à l'écoulement d'une urine ammoniacale. Pour que l'expérience de M. Colin eût quelque valeur, il aurait fallu qu'il commençât par déterminer une altération quelconque de la muqueuse vésicale chez la vache sur laquelle il a expérimenté.

L'urine, en effet, même à la suite de l'introduction d'une sonde chargée de vibrions, ne devient ammoniacale que sous l'influence d'une affection préalable de la vessie.

M. Pasteur lit en outre plusieurs passages d'un article inséré dans la *Gazette hebdomadaire*, avril 1864, qui vient complétement à l'appui de sa manière de voir.

M. Gosselin fait observer qu'il n'est pas nécessaire qu'une sonde soit introduite dans la vessie pour que les urines deviennent ammoniacales. Elles peuvent le devenir sans cela. Il affirme en outre que jamais les urines ne deviennent ammoniacales sans qu'il y ait une condition pathologique spéciale, une inflammation, le plus souvent suppurative du côté des voies urinaires.

Enfin M. Gosselin admet que l'urine peut se former ammoniacale dans les reins.

M. Chauffard appuie cette opinion que, dans les cas où l'on constate la présence de l'urine ammoniacale, il existe une condition étiologique spéciale, un état morbide particulier.

Bromure de lithium. — M. Roubaud donne lecture d'un travail dont voici les conclusions :

1° Le bromure de lithium est un médicament à double effet ;

2° Il possède à un haut degré les propriétés lithontriptiques que tout le monde reconnaît aux sels de lithine ;

3° Il affecte d'une manière plus énergique que les autres bromures la sensibilité réflexe, sans avoir sur le cœur les inconvénients du bromure de potassium ;

4° Par conséquent, sa place dans la thérapeutique est marquée au premier rang des médicaments antilisiaques et des médicaments sédatifs, et son action est surtout précieuse dans les accidents de la diathèse urique, qui s'accompagnent de phénomènes douloureux, et dans les névroses, qui sont si souvent compliquées par la présence de l'acide urique.

A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret.

La séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances des 15, 22 et 29 *mars* 1875.

Présidence de M. Frémy.

Du traitement de l'obstruction intestinale au début, par l'aspiration des gaz. — M. Demarquay présente la note suivante :

« L'obstruction intestinale est une maladie assez commune, contre laquelle le chirurgien et le médecin sont souvent impuissants. M. Nélaton avait eu recours avec succès, dans un certain nombre de cas, à la gastro-entérotomie ; mais cette opération est fort grave par elle-même, et elle n'est point à la portée de tous les chirurgiens : ajoutons que souvent elle fut suivie de revers. Le but de notre éminent collègue, en la pratiquant de bonne heure, était de faire cesser la tympanite et de rétablir le cours des matières intestinales. Le mouvement péristaltique de l'intestin une fois rétabli, on a vu quelquefois l'obstruction intestinale cesser et le malade guérir.

« Je me suis demandé si l'on ne pourrait point arriver au même résultat en ayant recours à un procédé opératoire plus facile et à la portée de tous les médecins. Qu'arrive-t-il, quand un obstacle vient à s'opposer brusquement au cours des matières intestinales ? Les gaz s'accumulent dans la partie supérieure de l'intestin, une tympanite se manifeste ; en même temps que surviennent des nausées et des vomissements, les anses intestinales se paralysent par excès de distension. Si donc, au début du mal, quand aucune péritonite locale ou

générale n'est encore survenue, on vient faire cesser la tympanite, en enlevant artificiellement les gaz, on voit quelquefois se rétablir les mouvements de l'intestin et avec eux disparaître l'obstacle. Trois fois, depuis quelques années, j'ai eu recours à ce procédé, et j'ai vu guérir les malades.

« En résumant le dernier fait qui s'est passé sous nos yeux, dans mon service d'hôpital, je vais indiquer le mode opératoire suivi.

« Un jeune homme de vingt ans entre dans mon service le jeudi 25 février avec tous les signes d'une obstruction intestinale dont le début remontait au mardi 23: nausées, vomissements muqueux, tympanite considérable, insomnie, suffocation par refoulement du diaphragme. Le 26, à la visite du matin, l'état du malade s'était encore aggravé. Sans hésiter, je fais, avec le trocart capillaire de l'appareil du docteur Potain, quatre ponctions intestinales, deux à droite et deux à gauche, et, faisant l'aspiration des gaz intestinaux à l'aide du vide fait dans un grand bocal, nous enlevons ainsi une grande quantité de gaz : le ventre s'affaisse aussitôt, le malade se trouve soulagé; immédiatement après cette opération, on entend les mouvements des gaz dans l'intestin, grâce au rétablissement péristaltique de ce dernier. Le malade est mieux dans la journée : il ne peut supporter l'application de la glace sur l'abdomen, mais il prend sans vomir un peu de bouillon et du calomel à dose fractionnée. La nuit du 26 au 27 a été moins mauvaise que les deux précédentes. Le 27, au matin, la tympanite persiste, on voit les anses intestinales se dessiner sous les parois de l'abdomen ; de nouveau, je fais, avec un trocart capillaire, quatre nouvelles ponctions ; j'enlève, comme la veille, une grande quantité de gaz et de matières intestinales liquides : vers deux heures de l'après-midi, tout accident avait cessé.

« Il n'est point de médecin qui, au début du mal, ne puisse recourir à un pareil mode opératoire et arrêter dans sa marche une maladie souvent mortelle. »

MÉLANGES ET FAITS DIVERS.

Concours du bureau central (médecine). — Le concours pour deux places de médecin au Bureau central s'ouvrira le jeudi 15 courant, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les juges du concours sont : MM. Fauvel, Gombault, Labric, Lailler, Marrotte, Tardieu, Broca.

Les candidats inscrits, au nombre de 36, sont : MM. Garesme, Carrière, Chouppe, Danlos, Debove, Decori, Desplats, Dieulafoy, du Castel, Gaillard-Lacombe, Gingeot, Gouguenheim, Gouraud, Grancher, Hallopeau, Hemey, Hirtz, Huchard, Jeoffroy, Laborde, Labadie-Lagrave, Landrieux, Legroux, Liouville, Quinquaud, Rathery, Renault (A.), Renaut (J.), Rendu Ruck, Sanné, Schweich, Sevestre, Straus, Tenneson, Troisier.

Prix Morogues. — Feu M. de Morogues a légué, par son testament en date du 25 octobre 1834, une somme de *dix mille francs*, placée en rentes sur l'État, pour faire l'objet d'un prix à décerner *tous les cinq ans*, alternativement : par l'Académie des sciences physiques et mathématiques à *l'ouvrage qui aura fait faire le plus grand progrès à l'agriculture en France*, et par l'Académie des sciences morales et politiques, au *meilleur ouvrage sur l'état du paupérisme en France et le moyen d'y remédier*.

Une ordonnance en date du 26 mars 1842 a autorisé l'Académie des sciences à accepter ce legs.

L'Académie rappelle qu'elle décernera ce prix, en 1883, à l'ouvrage remplissant les conditions prescrites par le donateur.

Les ouvrages, *imprimés ou écrits en français*, devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1883.

Les égouts de Paris. — Aujourd'hui, le système général des égouts de Paris offre le développement prodigieux d'environ 600 kilomètres, c'est-à-dire près de 150 lieues. En y joignant les catacombes, les conduits à gaz, etc., on voit sur quel incalculable ensemble d'excavation repose la grande-ville, dont le sol est percé de plus de trous qu'une éponge.

Bulletin des décès dans la ville de Paris. *Du 2 au 9 avril*, on a constaté 1060 décès, savoir : variole, 4 décès ; rougeole, 16 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 20 ; érysipèle, 3 ; bronchite aiguë, 58; pneumonie, 133; dysentérie, 1 ; diarrhée cholériforme des enfants, 1 ; choléra infantile, 0; choléra nostras, 0 ; angine couenneuse, 18 ; croup, 11 ; affections puerpérales, 9; affections aiguës, 272 ; affections chroniques, 467 (dont 186 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 22; causes accidentelles, 24.

Du 9 au 16 avril, 1052 décès ainsi répartis : variole, 7 ; rougeole, 13 ; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 20; érysipèle, 5; bronchite aiguë, 47 ; pneumonie, 114 ; dysentérie, 0; diarrhée cholériforme des enfants, 2; choléra infantile, 0 ; choléra nostras, 0 ; angine couenneuse, 15 ; croup, 11 ; affections puerpérales, 7 ; affections aiguës, 291 ; affections chroniques, 447 (dont 189 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 26 ; causes accidentelles, 35.

Nécrologie. M. le docteur Montel, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de Montpellier, mort à l'âge de 51 ans.

M. le docteur Girard, décédé à l'âge de 27 ans, aux suites du croup qu'il avait contracté en donnant ses soins à un enfant qui en était atteint.

M. le docteur M.-F.-B. Bayvel, né le 21 janvier 1794, décédé à Rouen le 26 mars dernier.

M. le docteur Miquel (de Tours) est mort le 9 avril, en plein exercice de son art.

M. François Parisot, médecin, décédé à Vicherey (Vosges), le 11 avril 1875, à l'âge de 79 ans.

M. Jean-Baptiste-Alphonse Chevallier, gérant du *Journal de chimie médicale* et du *Moniteur d'hygiène*, a succombé le 20 mars dernier à une maladie de poitrine. M. G. Sicard, pharmacien à Noisy-le-Sec, a prononcé sur sa tombe une allocution émue.

La librairie médicale vient de faire une perte sensible en la personne d'un de ses membres les plus distingués, M. Adrien Delahaye, âgé de 48 ans, M. Delahaye a succombé à une affection aiguë des voies respiratoires.

Adrien Delahaye, Libraire-Editeur.

Etudes cliniques sur la physiologie pathologique de l'ictère grave, par le Dr Humbert Mollière, médecin des hôpitaux de Lyon. In-8° 1 fr.

De la maladie charbonneuse, par le Dr Haueur. In-8°, 2 fr.

Quelques considérations sur la suppuration de la caisse du tympan, son traitement, par le Dr J. Maffre, In-8°, 1 fr. 50.

De l'intoxication saturnine chronique par le Dr Renaut, Thèse présentée au Concours pour l'agrégation. In-8° avec 9 tracés sphygmographiques, 4 fr.

De l'influence des études histologiques sur la connaissance des maladies du système nerveux, par le Dr Audhoui, médecin des hôpitaux. In-8o, 2 fr.50.

Recherches expérimentales sur le rôle physiologique et thérapeutique de la pancréatine par Th. Dufresne, pharmacien de 1re classe. 1 vol. in-18° 1 fr. 50.

Le Rédacteur en chef-gérant,
Dr Hamon de Fresnay.

N° 10. — 15 MAI 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

HOPITAL St-ANTOINE.

Service de M. le Dr Duplay.

1 Affections des organes génito-urinaires (homme). — Affections de la mamelle (femme).

a. Hypospadias périnéo-scrotal. — *Susceptible de guérison. — Redresser la verge. — Restauration du méat urinaire. — Création d'un nouveau canal en plusieurs temps.* — Ce chirurgien a cherché depuis quelques années à démontrer, avec des preuves à l'appui de son assertion, que l'*hypospadias*, même dans sa variété la plus grave, est cependant justiciable de la chirurgie par une méthode thérapeutique *dont le succès*, dit-il, *est assuré d'avance, pourvu qu'on y mette du temps et de la patience.* Au point de vue de l'étude anatomique et physiologique de ce vice de conformation, M. Duplay (*Arch. gén. de méd.*, mai et juin 1874, *De l'hypospadias périnéo-scrotal et de son traitement chirurgical*) ne se contente pas des dénominations un peu arbitraires de *scrotale* et *périnéale* de M. Bouisson (*De l'hypospadias et de son traitement chirurgical. Tribut à la chirurgie*, t. 2, p. 487. Paris, 1861). Il leur substitue celles de *péno-scrotale* et *périnéo-scrotale*.

Dans cette dernière variété qui représente le degré le plus prononcé de la malformation, l'incurvation de la verge est due, non-seulement à l'existence de la bride cutanéo-muqueuse qui s'étend du gland à l'ouverture hypospadienne, mais encore et surtout, à l'arrêt de développement qui frappe les corps caverneux à leur partie inférieure.

Grâce à la méthode opératoire imaginée par M. Duplay, l'*hypospodias périnéo-scrotal ou vulviforme* de Dugès, qui, jusqu'ici, avait été considéré comme à peu près incurable, est susceptible d'une restauration qui peut non-seulement corriger la difformité, mais encore rétablir des fonctions annihilées ou tout au moins notablement entravées par cette disposition vicieuse.

Dans cette malformation, la face inférieure de la verge est considérablement diminuée d'étendue d'en avant en arrière ou même n'existe pas ; cette brièveté est due à l'absence de l'urèthre remplacé lui-même par la bride cutanéo-muqueuse qui s'étend depuis la base du gland imperforé, et seulement échancré jusqu'à l'ouverture hypospadienne.

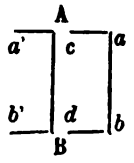
Quelle que soit la méthode que l'on mette en usage, la première indication à remplir est donc de *redresser la verge incurvée*, ce que M. Bouisson exécute en incisant transversalement la bride d'une part, puis en pratiquant la section sous-cutanée de l'enveloppe fibreuse et de la cloison des corps caverneux.

Le procédé employé par M. Duplay diffère essentiellement :

1° De celui du professeur de Montpellier (employé toutefois pour des degrés moins avancés), qui consiste dans la taille d'un long lambeau autoplastique scrotal, longitudinal et médian qui est renversé en travers sur sa propre longueur, de façon à se doubler lui-même. La face cutanée constitue la paroi inférieure du canal, et les lèvres de deux incisions pratiquées sur la face inférieure de la verge sont suturées aux bords du lambeau qu'elles reçoivent et emboîtent (procédé ayant échoué chez un jeune homme de 25 ans).

2° De celui de M. Moutet, dans lequel on taille un lambeau scrotal sur la face creusée duquel on fait basculer au-dessous de la verge un lambeau pubien (sphacèle de ce dernier et désunion du premier, dans un cas).

3° De celui de M. Th. Anger (procédé en double pont ou en volets) analogue à celui que le professeur Thiersch de Leipzig a appliqué pour l'épispadias en 1869 et qui consiste, la face inférieure étant re-



présentée par A B, à décrire et à disséquer un petit lambeau quadrilatère, *a b c d*, à le renverser comme un ourlet pour former la paroi inférieure du canal, puis à rabattre sur sa face cruentée un second lambeau de même forme et de même di-

Fig. 1.

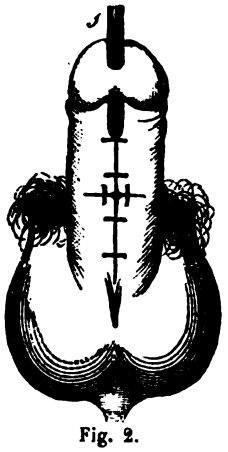


Fig. 2.

mension, *a' b'*. (Succès très-beau présenté à la Société de chirurgie, 21 janv. 1874, pour un cas d'hypospadias péno-scrotal, mais obtenu au prix d'accidents graves.)

Le principe général de la méthode de M. Duplay, applicable à l'hypospadias périnéo-scrotal, est *d'éviter de restaurer d'un seul coup la totalité de l'urèthre*. Elle comprend les deux temps suivant :

a. *Redresser la verge.*

b. *Créer un nouveau canal* depuis l'ouverture hypospadienne jusqu'à l'extrémité glandaire.

a. Redresser la verge. — C'est là un temps capital qui fait disparaître l'incurvation de l'organe, permet la copulation et met le chirurgien à son aise pour la construction du nouveau canal. M. Duplay adopte la manière de faire du professeur Bouisson. Il sectionne couche par couche et d'une façon transversale la bride cutanéo-muqueuse, puis l'enveloppe fibreuse du corps caverneux et de la cloison et il ne s'arrête que lorsqu'il a corrigé toute la courbure pénienne.

Cette section opérée, la verge rejetée en haut présente à sa face inférieure une plaie lozangique *a b c d* (fig. 1) dont on réunit les bords par des points de suture horizontaux pour les angles aigus du lozange et d'autres verticaux pour ses angles obtus, de façon à obtenir une cicatrisation en croix représentée dans la fig. 2.

Ce redressement de la verge s'opère dès les premières années, mais il est indispensable d'attendre, pour procéder au second temps de l'opération, 6 ou 8 mois pour s'assurer qu'on n'a pas à craindre une nouvelle incurvation par rétraction secondaire.

b. Création d'un nouveau canal (*à la face inférieure de la verge*). — Il est aussi très-avantageux de procéder à ce temps dès les premières années de l'existence, mais M. Duplay évite, comme dans les procédés de MM. Bouisson, Moutet et Anger, de fabriquer tout d'une pièce ce nouveau canal. Trois temps principaux, présidant à cette ingénieuse restauration, consistent :

1° *A refaire le méat.*

2° *A créer un canal depuis le méat jusqu'à une petite distance seulement* de l'ouverture hypospadienne (en laissant une ouverture fistuleuse en arrière).

3° *A boucher les deux portions de l'urèthre*, c'est-à-dire à obturer la fistule hypospadienne laissée ouverte avec intention.

1° La *restauration du méat* sur laquelle M. Duplay insiste beaucoup, car elle a non-seulement au point de vue de la conformation, mais au point de vue fonctionnel (miction-éjaculation) une importance des plus grandes, cette restauration peut s'effectuer soit peu de temps, soit même le jour où se pratique le redressement de la verge comme l'indique la figure 2. Ce chirurgien la pratique de la façon suivante (fig. 3, 4, 5) :

Fig. 3.

Fig. 4.

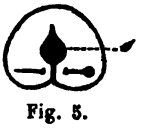


Fig. 5.

Il avive les deux lèvres *bb'* (3 et 4) de l'échancrure qui constitue le méat incomplet de l'hypospade, et les suture à l'aide d'une ou de deux épingles au-dessous d'un petit tronçon de sonde élastiques (fig. 5); s'il juge que le nouveau méat est trop étroit, il n'hésite pas à pratiquer dans le tissu même du gland une petite incision médiane verticale (fig. 4, *a*) ou deux petites sections latérales (fig. 3 *a a'*).

En parlant d'un de ses opérés, M. Duplay dit, *loc. cit.* : « Le résultat a été » aussi satisfaisant que possible et dans » l'examen du sujet, qui a été fait à la » Société de chirurgie, tout le monde a » pu constater que l'ouverture du méat » *ne laissait nullement soupçonner* la dis- » position vicieuse qui existait auparavant. »

2° Le deuxième temps a pour but de *créer, au dessous de la verge, un nouvel urèthre depuis le méat* ainsi reconstitué *jusqu'à 1 cent. ou 1/2 cent. de l'ouverture hypospadienne*, par conséquent en laissant persister en arrière une fistule dont on s'occupera plus tard. Ce temps-là répond donc essentiellement à ce principe formulé plus haut, ne pas reconstituer le canal d'emblée, d'une seule pièce.

C'est le temps le plus délicat, le plus long, qu'il est souvent impossible de réaliser complétement du premier coup et qui, par conséquent, nécessite presque toujours des *retouches* ; mais ces opérations complémentaires destinées à combler les brèches restantes sont bien moins laborieuses que la première.

Ce temps consiste d'abord à disséquer deux petits lambeaux longitudinaux quadrilatères *ab*, *a' b'* (fig. 6), chacun de chaque côté de la ligne médiane et n'allant pas jusqu'à l'ouverture hypospadienne. On fait basculer alors ces deux lambeaux sans les superposer, de façon à renverser leur face cutanée en dedans sur la sonde élastique *ss'* introduite dans le méat et à laisser leur face cruentée à l'extérieur. En prolongeant ensuite en dehors les petites incisions transversales qui ont limité les lambeaux en haut et en bas, on peut disséquer la peau de chaque côté (*cd'*, *c'd'*) de manière à pouvoir l'attirer en dedans : on fait, en un mot, une autoplastie par glissement qui amène la peau assez lâche des parties latérales sur la face cruentée des deux premiers lambeaux.

Il existe donc ainsi quatre lambeaux superposés deux à deux que l'on traverse en même temps et d'un côté à l'autre avec des épingles (suture entortillée) ou des fils

métalliques *a* (fig. 7). Les bords libres antérieurs de ces lambeaux sont également suturés au bord inférieur du gland *ee*, (fig. 6) et *bb'* (fig. 7.)

3° Le dernier temps qui a pour but *l'occlusion de la fistule persistante s'* (fig. 6, 7) *par l'abouchement des deux portions de l'urèthre*, ne doit être tenté, selon M. Duplay, qu'à l'époque de la puberté pour compter sur le concours intelligent de l'opéré qui doit retenir le plus possible ses urines afin de favoriser le succès de la réunion. — Il consiste dans un large avivement de l'ouverture hypospadienne suivi de sutures superficielles et profondes pour que l'affrontement soit aussi exact que possible.

Une sonde à demeure (*s,s*) pénètre dans la cavité vésicale par le nouveau canal construit cette fois complétement et pour ainsi dire par étape, et laisse écouler l'urine à mesure qu'elle arrive dans la vessie : on en favorise l'évacuation en engageant le malade à rester couché dans un décubitus latéral continu : il est nécessaire d'empêcher l'obstruction de la sonde en faisant de fréquentes injections.

Une observation digne d'intérêt, au point de vue de l'uréthrogénie et qui a été faite par M. Duplay, est que le nouvel urèthre ainsi constitué suit un développement parallèle à celui de la verge.

b. Epispadias. — *Mêmes principes.* —

Fig. 6.

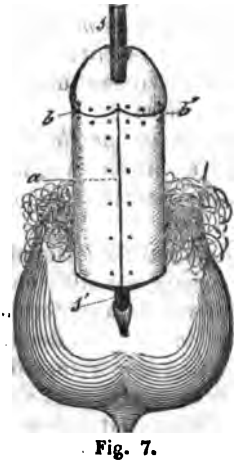


Fig. 7.

Modification du procédé précédent. — C'est en se guidant encore sur les mêmes principes que M. Duplay traite l'épispadias. Il n'aurait recours aux procédés de Nélaton et de Dolbeau (canal reconstitué exclusivement par la peau) que dans les cas les plus compliqués, dans ceux par exemple où il existe un écartement de la symphyse.

Jusqu'à présent on a hésité à intéresser les corps caverneux et à s'en servir dans ces sortes d'autoplastie, de peur de déterminer des hémorrhagies inquiétantes : c'est une crainte que ne partage pas M. Duplay.

Dans cette uréthroplastie de même que dans la précédente, il ne faut pas, selon lui, essayer de reconstituer le canal de toutes pièces et d'un seul coup, sous peine d'insuccès. On doit procéder graduellement et par étapes sans faire de grands lambeaux.

1° Il *redresse* ou plutôt *abaisse* cette fois *la verge* en pratiquant de chaque côté de la gouttière épispadiaque une incision qui est sous-cutanée et intéresse la face supérieure des corps caverneux dans une grande partie de leur épaisseur.

2° Il crée une *fistule périnéale*, véritable canal de dérivation pour que l'urine ne vienne pas entraver la réunion.

3° Il procède à la *restauration du canal* en allant d'avant en arrière.

a. Le *méat* est d'abord reconstitué soit

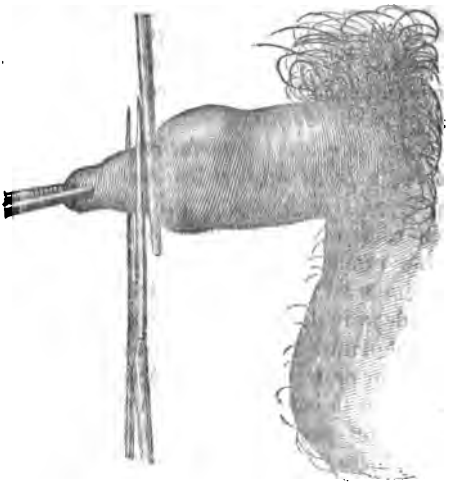
de la manière indiquée plus haut pour l'hypospadias, soit en se servant du prépuce si le gland est trop aplati.

b. Pour refaire l'urèthre, le procédé de Thiersch, de Leipzig (deux petits lambeaux se superposant), est très-bon, mais ces lambeaux sont susceptibles de se gangréner : de plus, ils se tordent et se réappliquent mal. Dans ces cas, M. Duplay (et c'est là ce qui constitue la modification de la méthode appliquée à l'hypospadias) ne dessine pas de lambeaux proprement dit. Il se sert simplement des corps caverneux qu'il avive rectangulairement sur une large surface et à travers la surface cruentée desquels il passe des sutures métalliques au-dessus d'un bout d'une sonde, qu'il a introduit dans le canal en voie de construction. — Bandelettes collodionnées. — Quant à l'orifice ou infundibulum postérieur, il l'obture en prenant un petit lambeau abdominal.

Enfin il ne ferme la fistule périnéale produite avec intention que plus tard et quand le canal est parfaitement rétabli. Le dernier temps est difficile, et pour le réussir le chirurgien devra s'y reprendre à plusieurs fois.

c. Phimosis. — *Circoncision de la peau seule*. — *Incision de la muqueuse*. — Dans cette opération, M. Duplay ne croit pas qu'il y ait avantage à saisir en même temps avec la pince, la peau et la muqueuse : du reste, lorsqu'on agit ainsi, cette dernière se coupe irrégulièrement et si elle est adhérente au gland elle ne peut suivre le prépuce dans son glissement en avant.

Le mieux est, comme le représente la figure ci-jointe empruntée à la médecine opératoire du Dr Dubrueil, de tirer très-modérément sur l'extrémité préputiale, de fixer ensuite cette peau avec une pince et de sectionner en deçà et d'un seul coup avec de gros ciseaux toute cette extrémité, sans s'inquiéter de la muqueuse : la pince étant relâchée, l'ouverture du prépuce se rétracte. On s'occupe alors de la muqueuse; on voit si elle est adhérente et on l'incise sur la face dorsale. M. Duplay resèque une partie des angles de cette muqueuse ; mais chez l'enfant on peut se dispenser de le faire. — Serres-fines laissées peu de temps



de crainte d'eschares. En procédant ainsi, la circoncision produite est régulière, non suivie de récidive et de plus le malade garde un prépuce qui peut, comme à l'état physiologique, recouvrir le gland. Cette traction modérée de l'extrémité du prépuce nous semble un temps bien préférable à celui qui consiste à entraîner fortement cette peau en avant : dans ce cas, en effet, la verge peut se trouver dépouillée sur une large surface parce que les téguments se retirent trop en arrière et le gland, après la guérison, reste complétement à découvert, ce qui n'est pas sans inconvénient.

d. Hypertrophie de la prostate. — *Cathétérisme répété*. — *Injection d'eau froide*. — *Electricité*. — Il existe une relation intime entre l'hypertrophie prostatique et les troubles de la fonction urinaire : cette hypertrophie peut d'abord constituer par elle-même un obstacle matériel au cours de l'urine, de plus elle représente un corps étranger qui gêne le col de la vessie, entrave sa contraction et produit par conséquent l'*incontinence*. Il survient en outre consécutivement une altération de la vessie.

Règle générale, lorsqu'un obstacle s'établit sur le trajet d'un conduit excréteur, le réservoir auquel correspond ce conduit s'hypertrophie, ses parois ne s'appliquent

plus l'une sur l'autre avec autant de facilité, elles deviennent rigides et la cavité ne se vide plus aussi bien, c'est ce qui a lieu pour la vessie : la *rétention* forcée qui en est la conséquence fait perdre à cet organe son ressort et son élasticité.

Eviter en ce cas les *variations de température*, le *froid* subit et les *excès*, soit de femme, soit de boissons, qui peuvent être la cause de *rétention d'urine brusque*.

Une remarque qui a été faite depuis longtemps à l'hospice de Bicêtre, c'est que le lendemain des sorties l'interne de garde était fréquemment appelé auprès des vieillards pour pratiquer le cathétérisme. Dans ces cas où la congestion joue un rôle important, les parois vésicales, quoique hypertrophiées, sont paralysées ; la vessie représente alors un vase inerte qui donne lieu à la fois à la rétention et à l'incontinence d'urine.

Le *traitement* principal est le cathétérisme. Si ce dernier est facile, le malade peut s'en charger : mais si on éprouve quelque difficulté à franchir le col de la vessie, il ne faut pas laisser les sujets se sonder eux-mêmes. Un grand inconvénient dans ces explorations est le changement de main et de chirurgien : aussi l'usage de la *sonde à demeure*, selon M. Duplay, est un bon moyen qui, bien que condamné par certains spécialistes et dans les livres, n'en offre pas moins des avantages qui l'emportent en nombre sur les inconvénients.

Si le cathétérisme n'est point difficile il faut proscrire la sonde à demeure. A-t-on directement prise sur l'hypertrophie de la prostate elle-même ? Heine a pratiqué des injections interstitielles de teinture d'iode à travers le rectum, dans plusieurs exemples de prostate hypertrophiée : deux fois il aurait obtenu la guérison de l'hypertrophie ou du moins il aurait vu les phénomènes de cette affection s'amender (*Archiv. für Klinische chirurgie*, 1872) ; les détails de ces observations ne sont pas connus. M. Duplay considère avec raison ces tentatives comme d'une mauvaise pratique. Le mieux, comme indication, est de prévenir les congestions passagères du côté de ces organes, par la *sobriété* et la protection contre les *impressions du froid* : on devra s'attacher à diminuer le travail des parois de la vessie ou à combattre l'inertie de cet organe et pour cela on *pratiquera le cathétérisme*, matin et soir, *alors même que le malade vous dira qu'il a uriné*.

Les injections d'eau froide, les bains de siége et les lavements froids agissent aussi comme stimulants : on obtient aussi de bons effets de l'*électricité*. Nous nous souvenons que notre maître Michon obtint à la Pitié d'heureux résultats, pour cette inertie vésicale, en établissant un courant électrique entre la paroi abdominale et un cathéter métallique plongeant dans la cavité de l'organe.

e. Adénoïde de la mamelle. — *Bénignité relative. — Nécessité de l'extirpation.* — En clinique, le diagnostic de la tumeur adénoïde est généralement facile si on se contente de la désigner par ce mot générique, mais la difficulté est tout autre quand on veut en indiquer la nature anatomique. En un mot, cette variété de tumeur ne répond pas toujours à une lésion anatomique très-claire, ce qui ne laisse pas que de jouer un rôle important dans la *thérapeutique* que l'on doit mettre en usage en pareil cas.

D'après Velpeau, la tumeur peut bien résulter d'une hypretrophie partielle de la glande, mais le plus souvent elle en est indépendante, a pour origine fréquente une contusion et est de nature fibreuse.

Depuis Lebert, on a eu coutume de la considérer comme une véritable hypertrophie d'un prolongement du tissu glandulaire dont le développement imparfait est surtout relatif à la production d'une *grande quantité d'éléments épithéliaux* et à l'absence de conduit excréteur.

Enfin d'autres observateurs l'ont regardée, dans bon nombre de cas, comme de nature *sarcomateuse*.

M. Duplay ne croit pas, au point de vue du traitement de ces sortes de tumeurs, qu'il faille s'arrêter à cette opinion exclusive qui veut, d'après Velpeau, que la tumeur adénoïde, en raison de son extrême bénignité, doive être respectée et

non enlevée. Certaines d'entre elles sont des sarcomes qui peuvent revêtir le caractère épithélial. M. Ranvier a démontré du reste que bien des tumeurs fibro-cystiques de la mamelle ont commencé par être de simples adénoïdes. Elles ont certainement moins de tendance à se généraliser et à envahir la glande, mais à un moment donné elles peuvent devenir d'énormes sarcomes accompagnés de kystes qu'il est indispensable d'opérer, car ces néoplasmes finissent par être tout aussi graves que les tumeurs cancéreuses elles-mêmes.

Il ne faut donc pas trop se fier au caractère de bénignité indiqué par Velpeau et ne pas toujours les abandonner à elles-mêmes. On emploiera par conséquent les moyens doux, en commençant, pour recourir bientôt à leur extirpation.

La *compression* ne réussit que lorsqu'on a affaire à un véritable adénome, c'est-à-dire à une hypertrophie glandulaire vraie. Elle n'est d'aucun résultat si la tumeur est sarcomateuse; aussi lorsque cette compression appliquée pendant 15 jours, un mois au plus, n'est suivie d'aucun effet, on s'adressera à *l'extirpation* — Incision, *énucléation*.

f. Mamelle irritable. — *Ablation des noyaux indurés.— Traitement général.*— Décrite par Colles, de Dublin, cette névralgie mammaire a été considérée par A Cooper comme s'accompagnant de *nodosités* fréquentes. Velpeau lui a consacré dans son traité un chapitre sous le nom de *tumeurs imaginaires de la mamelle*.

Elle s'observe principalement aux deux extrêmes de la vie, c'est-à-dire sur les jeunes sujets et à l'époque de la ménopause et chez des femmes à susceptibilité nerveuse très-accentuée. Elle s'accompagne de troubles menstruels et comme elle se manifeste même chez des personnes à teint foncé, à système pileux développé (chlorotiques brunes), on peut la considérer comme étant liée à un état général qu'il faut traiter.

Préparations ferrugineuses — valériane — hydrothérapie — vésicatoires.

Si les indurations sont assez limitées, M. Duplay en pratique l'ablation. Il aurait plutôt recours ici, que dans le cas d'adénome vrai, aux *injections interstitielles*. M. Luton cite dans son *Traité des injections sous-cutanées à effet local*, 1875, deux observations dues à M. le Dr J. Bertin, de Gray, et qui sont ainsi désignées :

D'une part : *Tumeur douloureuse du sein datant d'un an, deux injections de teinture d'iode : guérison.*

D'autre part : *Tumeur du sein dure et douloureuse, diminution de volume et cessation de la douleur par suite de deux injections de teinture d'iode.*

2° Affections osseuses, articulaires et péri-articulaires.

a. Arthrite sèche ou plutôt déformante.—Traitement ext.: *teint. d'iode, révulsif*, etc.; traitement int.: *eaux sulfureuses.*— D'une façon générale lorsque la nature intime d'une affection vous échappe, on a bien du mal à poser ses indications thérapeutiques : c'est précisément ce qui a lieu pour *l'arthrite déformante*. Depuis les travaux modernes dont elle a été l'objet, on en connaît les lésions intra et extra-articulaires (état velouté des cartilages, productions arborescentes de la synoviale, éburnation et transformation en *têtes d'ivoire*, ossifications des ligaments, des muscles, pointes et stalactites, corps étrangers); mais les conditions étiologiques en sont bien mal déterminées : tantôt un précédent traumatique est indubitable (entorse, fracture intra-articulaire, luxation); tantôt on découvre une diathèse, principalement rhumatismale; tantôt rien.

On a décrit cependant tout récemment une variété d'arthrite dite *trophique*, développée sous l'influence d'une altération des centres nerveux : M. Duplay aurait tendance à regarder dans bien des cas l'arthrite déformante comme le résultat d'un *trouble trophique*, d'une *aberration de nutrition* de la jointure ; aussi pour lui le terme d'arthrite est-il assez impropre, car l'inflammation est certes l'élément le moins accusé.

La *thérapeutique* de cette affection mal définie est plutôt celle des complications qu'elle entraîne à sa suite. C'est ainsi qu'elle

s'accompagne fréquemment d'épanchements articulaires même très-abondants, de fungosités, etc.; il faut alors avoir recours aux révulsifs, aux vésicatoires, à la compression méthodique de la jointure, aux badigeonnages de teinture d'iode, etc.

M. Duplay conseille de ne pas trop insister sur *l'immobilisation* qui rend si grand service, comme on le sait, dans le traitement des autres variétés d'arthrite. En effet dans l'arthrite sèche, malgré la grande déformation qui est le caractère fondamental de la maladie, les mouvements de la jointure sont en partie conservés quoi qu'avec des frottements et craquements que l'on connaît si bien. Or, en condamnant une pareille articulation à l'immobilisation trop prolongée, on fait perdre le seul bénéfice que lui laisse l'affection elle-même, la *conservation de quelques mouvements*, car on n'ignore pas que tout article sain soumis à l'immobilité perd en partie ses fonctions, et à plus forte raison lorsqu'il est malade. — M. Duplay regarde les *préparations iodées* et l'iodure de potassium en particulier, comme jouissant d'une certaine efficacité : mais un modificateur puissant, que l'on ne peut malheureusement mettre en usage que chez les personnes aisées, est le traitement par *les eaux sulfureuses*: plusieurs saisons à Plombières ou à Néris, dont les eaux conviennent au rhumatisme chronique, rendent parfois de grands services aux malades atteints d'arthrite déformante.

b. Péri-Arthrite scapulo-humérale. — *Rupture des adhérences et des brides fibreuses, douches, électricité, massages.* — M. Duplay a décrit il y a 3 ans dans les *Archives générales de médecine* (nov. 1875), une affection chronique extra-articulaire qui jusqu'à présent avait été considérée comme siégeant dans l'intérieur de l'articulation scapulo-humérale : cette inflammation péri-articulaire porte en elle des conséquences qui, par suite de la disposition anatomique de la région, revêtissent un cachet tout spécial. Une autopsie qu'il a pu faire lui ont montré :

« 1° Que chez un individu présentant » au plus haut degré les symptômes d'une » ankylose fibreuse de l'épaule, suite de » luxation réduite aisément, l'articulation » scapulo-humérale était intacte.

» 2° Que la cause de la roideur de l'é» paule résidait dans les lésions extra-arti» culaires.

» 3° Enfin que ces lésions évidemment » d'origine inflammatoire et consécutives » au traumatisme, consistaient dans un » *épaississement de la bourse séreuse sous-* » *acromiale* et surtout dans des adhérences » fibreuses entre la face profonde du » deltoïde et l'extrémité supérieure de » l'humérus (*loc. cit.*). »

Cette péri-arthrite, localisée par M. Duplay *dans la bourse sous-acromiale* et dans *le tissu cellulaire sous-deltoïdien* qui s'épaississent et s'indurent, a donc pour caractère essentiel la production de tractus fibreux qui entravent le jeu de la tête humérale sous le deltoïde et sous la voûte acromio-claviculaire. Ses principaux caractères sont :

Le peu de tuméfaction de l'articulation. — La gêne des mouvements spontanés et provoqués de l'épaule. — L'omoplate suit complétement la tête humérale dans ses mouvements. — C'est le mouvement d'abduction qui est le plus gravement compromis. — Douleurs spontanées (à la suite de ces mouvements) ayant leur siége de prédilection ainsi que les douleurs provoquées par pression au-dessous de l'acromion, au niveau des attaches humérales du deltoïde, au niveau de l'apophyse coracoïde.

Le moyen diagnostique d'avec l'*ankylose fibreuse articulaire* est, d'une part, l'absence de douleur au niveau de la jointure, et, d'autre part, l'innocuité absolue de la rupture de ces brides pour l'articulation qui, consécutivement, n'est le siége d'aucune tuméfaction, d'aucune douleur et dont les mouvements redeviennent plus faciles.

Une thérapeutique active (rupture des brides) doit être appliquée le plus tôt possible à la péri-arthrite, car plus on attend, plus ces adhérences deviennent résistantes et plus l'atrophie des muscles rotateurs et élévateurs du bras sont à craindre.

M. Duplay pense que l'atrophie du deltoïde, qui parfois survient assez rapidement, est due en partie à la compression du nerf circonflexe, par les tissus fibreux de nouvelle formation. Les moyens exté-

rieurs, tels que douches, frictions, massages, sont complétement insuffisants; il faut rompre et allonger ces brides.

M. Duplay pratique une anesthésie complète et fixe le scapulum avec deux alèzes (l'une passée en cravate sur la région interne de l'aisselle, l'autre sur la partie supérieure du moignon de l'épaule), puis il imprime à l'humérus des mouvements prononcés, d'abord dans le sens de l'abduction, puis en avant, en arrière, dans la rotation et enfin en circumduction. Ces divers mouvements s'accompagnent de crépitation et le plus souvent de *craquements* si marqués qu'ils sont perceptibles et par la main de l'opérateur et par l'oreille des assistants : leur intensité est telle parfois qu'il semble qu'on ait produit une rupture de l'extrémité supérieure de l'humérus, comme cela a eu lieu chez le premier malade qu'a eu à traiter M. Duplay.

On répète cette manœuvre tant que le bras ne joue pas facilement sur l'omoplate.

Traitement complémentaire. — Ce n'est que lorsqu'on a achevé ce premier temps indispensable qu'on est en droit d'appliquer un traitement complémentaire consistant en douches, massages, gymnastique et électricité, destiné à ranimer la contractilité des muscles de l'épaule.

Si ultérieurement les mouvements de l'articulation ne reprennent pas leur intégrité d'une façon complète, il est indiqué de procéder à une deuxième séance de rupture des brides extra-articulaires.

c. Hygroma. — *Traitement différent suivant la variété à laquelle on a affaire.* — Il existe une différence aussi grande entre l'*hygroma* proprement dit (hydropisie) et l'*inflammation de la bourse* (avec épanchement) qu'il y en a une entre l'*hydrocèle* et la *vaginalite*, ou bien entre l'*hydarthrose* et l'*arthrite*; aussi ces deux affections nécessitent-elles, comme ces dernières, des moyens thérapeutiques essentiellement opposés.

1° *L'inflammation sub-aiguë* de la bourse prérotulienne, avec épanchement, est un état d'hypersécrétion momentanée comparable à celle de la vaginalite; aussi cet épanchement est-il susceptible, comme celui de cette dernière, de disparaître spontanément par le repos, les cataplasmes et la compression. Ce sont même très probablement des cas de cette espèce qui ont été regardés par certains chirurgiens comme des exemples d'hygroma guéris par l'application de compresses d'hydrochlorate d'ammoniaque.

Si l'inflammation prend un caractère sur-aigu (gonflement, rougeur et douleur considérable), les menaces ou la présence de la suppuration sont de nature à prescrire l'ouverture du foyer, de peur de voir se propager le processus inflammatoire, et se développer par voisinage ou par rupture un phlegmon diffus du membre (bourse rétro-olécranienne, bourse prérotulienne).

2° Dans le cas d'*hygroma* proprement dit, il n'y a au contraire aucune tendance à la guérison spontanée; dans ce cas, il y a hydropisie, comme dans l'hydrocèle, l'hydarthrose, c'est-à-dire une modification de nutrition : la sécrétion de la cavité séreuse l'emporte sur le phénomène de l'absorption. L'affection suit alors une marche croissante non rétrograde et peut par une circonstance fortuite, un froissement, une chute, en un mot un traumatisme quelconque, prendre un caractère inflammatoire qui ajoute, on le comprend, à sa gravité.

Dans l'hygroma véritable ou chronique il y a encore à établir, au point de vue de la méthode thérapeutique à employer, une différence qui dépend à la fois et de l'état des parois et de la nature du contenu de la poche.

Lorsque les parois sont molles et minces et que le contenu est séreux ou sanguinolent, comme cela s'observe très-fréquemment, on peut espérer en employant la méthode adhésive voir se produire des adhérences entre ces parois et par suite la guérison ; aussi dans ces cas on réussit en employant la *ponction*, avec le trocart à hydrocèle, suivie de l'*injection iodée* : on peut même espérer ce bon résultat, mais avec plusieurs chances en moins, même s'il existe, nageant dans le liquide, quelques petits grains rhiziformes qu'on a le

soin d'entraîner en faisant des lavages répétés dans la poche.

Mais si on a affaire à un de ces vieux *hygromas professionnels* à peau épaisse et dont les parois ont acquis avec le temps une consistance très-grande et une dureté presque cartilagineuse, s'il existe des grains rhiziformes en grande abondance, libres ou adhérents par suite de la végétation de la face interne de la poche, évidemment les parois ne peuvent se rapprocher ultérieurement. Aussi ne doit-on fonder aucune espérance sur la méthode adhésive. Pour éviter du temps, des douleurs au malade et prévenir certains accidents inflammatoires qui pourraient survenir, même à la suite d'une injection iodée intempestive, il vaut mieux débuter franchement par la *méthode suppurative*, de façon à produire des végétations à la face interne et à amener un affaissement des parois par réunion secondaire.

On devra, dans ces cas, choisir le *séton*, le *drainage*, ou mieu l'*incision large* ou *cruciale* de l'hygroma dont la suppuration sera entretenue par la présence de la charpie.

(*A suivre.*)

Dr GILLETTE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Leçons cliniques de M. GUIBOUT (1).

Pour simplifier l'étude des maladies de peau, le professeur les divise d'abord en deux classes:

1° Les maladies non secrétantes.

2° Les maladies secrétantes.

La seconde classe peut elle-même se subdiviser en deux divisions :

1° Les maladies à sécrétion sèche ont la squame comme lésion élémentaire, et leur sécrétion est toujours de l'épiderme produit par un derme plus ou moins malade.

2° Les maladies à sécrétion humide dont la sécrétion est de la sérosité, un liquide séro-purulent, du pus ou de la sanie purulente. Les lésions élémentaires qui peuvent en être le point de départ sont : la vésicule, la bulle ou la pustule.

Toutes les affections cutanées à sécrétion sèche ont comme lieu d'élection les parties les plus sèches et les plus épaisses de la peau, savoir :

Le côté de l'extension des membres, les coudes et le genou, et la partie postérieure du tronc, c'est à ces endroits que cette classe de maladie se montre dans toute la netteté de ses caractères, et c'est à l'examen de ces lieux d'élection, qu'il faut se rattacher lorsque le diagnostic présente une certaine difficulté.

Toutes les affections cutanées à sécrétion humide ont, au contraire, leur lieu d'élection dans les endroits les plus fins et les plus humides de la peau : du côté de la flexion des membres, à la partie antérieure du tronc et au voisinage des orifices naturels. Cette seconde division présente encore, presque toujours, un caractère d'acuité que n'ont pas les maladies à sécrétion sèche, et ce caractère se retrouve même dans les poussées successives d'une affection chronique à sécrétion humide, l'eczéma. De plus, elles donnent lieu à des démangeaisons et elles s'accompagnent souvent de troubles généraux très-intenses.

Lorsque l'on fait le tour d'une salle de malades atteints d'affections cutanées, on est frappé de la prédominance de deux maladies. *L'eczéma* et le *sporiasis*.

Ces deux affections, qui appartiennent chacune à un des groupes que nous venons de décrire, peuvent presque résumer à elles seules la majeure partie de la pathologie cutanée, aussi les prendrons-nous pour type de chacune de ces catégories:

1° Le *psoriasis* comme type des affections à sécrétion sèche.

2° l'*eczéma*, comme type des affections cutanées à sécrétion humide.

(1) Nous avons omis, dans notre dernier numéro, de citer le nom du docteur Guibout comme auteur de la leçon clinique sur les *Maladies de la peau*, recueillie à l'hôpital St-Louis, par le docteur Cadier.

1° *Psoriasis*

Le psoriasis est, comme nous venons de le dire, le type des dartres sèches. Il a trois éléments caractéristiques:

1° Des *squames*, blanches, élevées, épaisses, se détachant difficilement et absolument sèches, la dernière couche de ces squames est intimement adhérente au derme et présente des anfractuosités qui correspondent à celles du corps papillaire.

2° *Elevures*, elles sont constituées par l'épaississement hypertrophique du derme.

3° *Coloration*, rouge brunâtre débordant un peu les squames et qui a été prise souvent pour une coloration syphilitique dans les cas où les squames avaient été enlevées par un traitement antérieur.

Le psoriasis affecte différentes formes dans le détail desquelles il n'est pas utile, je crois, d'entrer ; ainsi, on a le psoriasis puritata, le guttata, le gyrata, etc.

Sous le rapport des différents aspects qu'il peut prendre, selon le lieu d'élection, il ne sera pas sans intérêt de les étudier.

Psoriasis du cuir chevelu : les squames sont mates et ne sont pas sèches, les cheveux se cassent, mais ils repoussent après la guérison du psoriasis.

Psoriasis de la conque de l'oreille : elle devient cassante, inflexible et très-douloureuse.

Psoriasis des paupières : les fonctions de l'œil sont très-gênées et souvent il en résulte de la conjonctivite et de l'ectropion

Psoriasis labialis ; les mouvements des lèvres sont très-difficiles et il se produit des gerçures très-douloureuses.

Psoriasis lingual : il se forme une carapace blanchâtre trés-adhérente, la langue est gonflée, avec gêne de la parole ainsi que de la déglutition, les déchirures qui s'y produisent sont excessivement douloureuses.

Psoriasis péri-articulaire : lorsqu'il occupe une certaine étendue de l'articulation, il en rend les mouvements presque impossibles, car le moindre changement dans la position de l'articulation suffit pour produire une fissure ; le même inconvénient a lieu pour le psoriasis palmaire.

Psoriasis unguéal : dans cette affection, l'état fendillé de l'ongle commence du côté externe de l'ongle, tandis que dans l'eczéma du même organe, l'affection commence du côté de la matrice de l'ongle. Dans les deux cas, du reste, il y a chute de l'ongle.

D'après ses causes, le psoriasis peut se diviser en :

Psoriasis idiopathique ;

Psoriasis symptomatique ;

Le sporiasis idiopathique se voit aux genoux, chez les raboteurs de parquets, aux mains, chez les individus qui manient des substances irritantes.

Comme psoriasis symptomatique il y a :

1° D'après M. Bazin un psoriasis herpétique, M. Hardy et M. Guibout n'admettent pas cette variété.

2° Tous trois sont d'accord pour admettre le psoriasis herpétique.

3° Psoriasis syphilitique. Ici M. Guibout se sépare de ses deux savants collègues et admet un psoriasis syphilitique dont ses deux collègues contestent l'existence.

A l'appui de son opinion, il nous a fait voir une malade présentant un magnifique psoriasis qui s'est développé simultanément avec d'autres accidents syphilitiques; cette malade, avant sa syphilis, n'avait jamais présenté de psoriasis.

Marche. Le psoriasis est une affection à marche essentiellement chronique et torpide, lente, ne présentant jamais de démangeaisons ni de poussées aiguës, il passerait inaperçu si les malades n'avaient pas occasion de le voir. La guérison n'est que momentanée, et par cela même son pronostic est grave, puisqu'on le conserve toute sa vie, de plus, il est héréditaire.

Traitement. Sous l'influence des idées de Broussais, Rayer employait les saignées, les sangsues et la diète.

Toutes les pommades et tous les onguents ont été conseillés contre cette affection.

L'huile de pétrole et l'essence de térébenthine n'ont réussi qu'à compliquer d'une inflammation de la peau contre

laquelle on était obligé d'instituer un traitement.

M. Lutz, le pharmacien de St-Louis, avait recommandé une lotion ainsi formulée.

Sulfure double de sodium et d'antimoine.	30 grammes.
Eau.	1 litre.

Ce traitement a provoqué des vomissements et le seul résultat local a consisté en une magnifique coloration rouge de la peau, qui faisait ressembler les malades à de véritables Peaux-Rouges et leur eut permis d'aller, sans aucun costume, remplir leur rôle à l'attaque du train dans la pièce du *Tour du monde*.

Le traitement qui donne encore les meilleurs résultats à l'hôpital Saint-Louis, consiste dans les frictions avec l'huile de cade pure. Il faut avoir soin de faire cette friction deux fois par jour non-seulement jusqu'à ce que les squames et l'élevure aient disparu, mais même jusqu'à ce que toute trace de coloration ait disparu. La durée du traitement varie de deux mois à un an et plus.

En même temps on fera prendre au malades de bains alcalins.

Bicarbonate de soude de 800 à 1000 grammes. pour un bain.

Et lorsque les plaques sont épaisses, il sera bon de faire précéder le bain d'une douche de vapeur pour rendre la pénétration plus facile.

Toutes les peaux ne supportent pas les frictions à l'huile de cade, dans ces cas il survient de la douleur et du gonflement ; il faut alors suspendre les frictions, ne plus employer que les émollients, les bains de vapeur et les cataplasmes.

Lorsque l'état inflammatoire a diminué, on reprendra l'huile de cade, d'après l'une des formules suivantes:

Huile d'amandes douces	100 grammes.
Huile de cade	20 à 40 gram.

Ou bien :

Glycérolé d'amidon . . .	100 grammes.
Huile de cade.	15 à 30 gram.

Le meilleur traitement interne consistera dans l'arsenic.

M. Guibout le donne sous forme de solution ou de pilules, et il donne la préférence à l'arséniate de soude.

Pilules.

Arséniate de soude.	1 milligram.
Extrait de gentiane.	10 centigram.

Pour une pilule. — En prendre de 6 à 12 par jour.

Solution.

Arséniate de soude.	10 centigrammes,
Eau distill e.	500 grammes.

Chaque cuillerée à bouche correspond à deux des pilules précédentes.

Lorsqu'il ordonne l'arsenic, M. Guibout recommande toujours de le prendre en mangeant et de ne pas dépasser la dose de 12 milligrammes par jour.

Examen de quelques malades du service.

Eczéma de la paume de la main. A la main par suite de la grande épaisseur de l'épiderme, la vésicule de l'eczéma ne paraît pas isolée, mais en masse. Ce malade a de l'eczéma aux deux mains et à la face : plantaire des deux pieds, on a donc ici les deux caractères des affections herpétiques; la généralisation et la symétrie. Les squames ne sont pas blanches, mais d'un jaune sale, et l'on peut y reconnaître les deux éléments distincts de l'épiderme et de la sérosité concrétée.

Le traitement externe sera essentiellement émollient et consistera en cataplasmes de fécule et en bains d'amidon.

A cause de la nature herpétique de cet eczéma, le malade prendra de plus trois cuillerées de la solution arsenicale ci-dessus formulée.

Purpura hemorrhagica. C'est souvent une affection saisonnière, mais dans quelques cas elle n'est pas aussi simple et elle s'accompagne d'un état général (saignement des gencives ébranlement des dents).

Comme traitement, il faut placer les membres dans une position élevée, exciter les propriétés de la peau par des bains sulfureux ou alcalins et donner en même temps un traitement par les toniques et les amers : vin de quinquina, vin de gentiane, viandes grillées.

Pemphigus. Ce malade avait un simple

prurigo, il est allé trouver un charlatan qui lui a fait faire des frictions avec une pommade irritante, de sorte que son traitement a réussi à transformer une affection bénigne en une autre relativement grave. Le traitement sera le même que celui de la brûlure, c'est-à-dire qu'il faut respecter les bulles et les empêcher de se crever, le meilleur moyen consistera à l'envelopper de ouate seule ou imbibée de liniment oléo-calcaire jusqu'à ce que la cicatrisation soit avancée.

Dr A. Cadier.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Du colchique et de ses propriétés (1).

Propriétés thérapeutiques. — Le colchique, analogue sous ce rapport à la digitale, appelle la méfiance et l'attention des praticiens. Quand on le prescrit à doses moyennes d'une manière continue, ses effets semblent nuls; ils s'accumulent dans l'économie et font tout à coup explosion, quelquefois d'une manière fâcheuse. Il faut donc avoir toujours soin d'interrompre de temps à autre son emploi ou d'intercaler quelques laxatifs.

Pour expliquer les doses si variées et si disproportionnées des différents auteurs, il suffit de se rappeler : 1° que l'énergie des propriétés du colchique varie suivant les pays, suivant même les localités. Schœnlein soutient qu'il a vu plus d'effets du colchique à Zurich, en Suisse, qu'à Berlin. Carl. Smith déclare qu'à Passau le colchique est très-efficace, tandis qu'à Bamberg il produit peu d'effet; 2° que ses propriétés varient plus encore suivant l'époque de la récolte. Le bulbe du printemps est beaucoup moins énergique que le bulbe d'automne; 3° que ces variations peuvent venir encore, soit du mode de préparation, de la longueur de la macération, des doses, soit même enfin de l'aptitude ou de l'idiosyncrasie de l'individu qui prend du colchique. Il est certain que la même dose est loin de produire les mêmes effets sur différentes personnes.

Il est donc prudent de toujours débuter par les petites doses, sauf à les augmenter progressivement et pendant que quelques-uns semblent vouloir résoudre le problème de donner les plus hautes doses possibles sans accidents, la contre-partie serait préférable; ce serait d'étudier l'effet des plus petites doses et d'obtenir des effets thérapeutiques sans voir survenir d'autres effets physiologiques que les effets de l'élimination du médicament par les urines ou les sueurs.

Le colchique a une action spéciale sinon spécifique sur la diathèse arthritique; rien donc d'étonnant de le voir prescrit et réussir dans un grand nombre de maladies où le principe goutteux ou rhumatismal n'est pas étranger.

Plusieurs auteurs se servent du mot racine pour indiquer le bulbe.

Maladies dans lesquelles on emploie le colchique.

Accouchement. — Dans quatre cas d'inertie de matrice, dépendant d'une sorte d'irritation excessive de son parenchyme et de ses ligaments; 0,40 de poudre de racine (bulbe) de colchique répétés après vingt minutes ont terminé promptement l'accouchement. (Clutterburck, *The London, med. Gaz.*, sept. 1838). — Metta administre en deux fois un gramme de poudre de bulbe dans un cas d'avortement de trois mois sous l'influence d'une fièvre bilieuse grave; le placenta était retenu et la femme se trouvait dans un état alarmant. En moins d'une heure, l'orifice se dilate, les contractions se succèdent et permettent à la main d'aller à la recherche du placenta qui fut retiré en état de décomposition. Il y eut une légère moiteur de la peau, et des selles abondantes (*Il Filiatre sebezio*, 1843). — Faut-il voir là une force abortive et un succédané du seigle ergoté, comme le veulent quelques-uns, ou suivant d'autres, un antagoniste au contraire du seigle ergoté, en sorte que l'on pourrait à volonté produire avec celui-ci la contraction et avec le colchique la dilatation

(1) Suite. Voir les numéros du 15 avril et 1er mai.

de la matrice ? Ces théories sont peu soutenables. Le colchique en agissant énergiquement sur l'intestin, déplace le siége de l'irritation et permet aux contractions utérines de se produire. Les Italiens disent que c'est un hyposthénisant qui provoque les contractions en calmant l'irritation du tissu utérin.

Arc sénile (Arcus senilis). Gerotoxon. Naumann, le premier, a observé le bon effet du colchique, sous forme de teinture, contre cette affection, qui attaque ordinairement les vieillards plus particulièrement goutteux. Dans cette affection qui décolore l'iris, la vue est affaiblie.

Albuminurie ; maladie de Bright. — Prout est le seul qui ait recommandé le colchique dans la maladie de Bright et seulement dans le cas de diathèse goutteuse préexistante — Maclagan, d'après l'action reconnue au colchique par Chélius et par lui d'augmenter dans l'urine l'urée et l'acide urique, est persuadé qu'il serait très-utile dans l'albuminurie.

Anasarque. V. Hydropisies.

Anévrisme. — R. Lewins a prescrit avec avantage le colchique sous forme d'acétate de vératrine (c'est colchicine qu'on doit lire) dans les maladies du cœur. (*The cont. and Brit med. Rev.* 1837.)

Ascite. V. Hydropisie ascite.

Asthme. — La poudre de racine prise à la pointe d'un couteau a été d'un grand secours dans un asthme hyponchondriaque (Buchner, *Miscel. phys. meth.* 1728 — Wanters, *Diss. bot. med. p.* 68 — Par sa vertu résolutive, disent Storck et Collin, il débarrasse quelquefois, par une action insensible, les poumons des mucosités glutineuses et tenaces qui ne cèdent pas à d'autres médicaments. — Carminati le conseillait dans cette affection.

Quand on soupçonne chez un asthmatique la diathèse goutteuse, si par les antécédents ou les symptômes il est permis de croire que le principe goutteux n'est pas étranger, nul médicament ne réussira aussi bien que le colchique.

Blennorrhagie.— R. Ficinus a employé avec succès, dans les divers écoulements muqueux, de quelque nature qu'ils soient, dans les deux sexes, le traitement suivant que Eisemann avait déjà préconisé contre la blennorrhagie. Vin de semences, 12,00; teinture d'opium safrané (laudanum de Sidenham) 4 grammes. Vingt-cinq à trente gouttes à l'intérieur, trois ou quatre fois par jour. Il a obtenu 48 guérisons sur 50 cas. *Casper's Wochenschrift*). — Brodie a remarqué que le colchique fait tomber les symptômes douloureux de la chaudepisse cordée mieux que l'opium et qu'il à la propriété de faire cesser les érections. Vin de colchique, 4,00 pour 45,00 de mixture de camphre, à prendre en une seule fois. (MacGregor Maclagan, *Research. on the prop. of colch. monthly J. of med.* 1852).

Bronchite.— Le colchique ou la digitale conviennent dans l'état inflammatoire et dès le commencement de la maladie, surtout pour diminuer l'activité des vaisseaux, les congestions locales et l'irritabilité. Lorsque les crachats sont opaques et épais, le colchique est surtout indiqué; mais lorsque la peau n'est plus chaude, son emploi n'est d'aucune utilité. (Copland, 1834.)

Dans la bronchite chronique, sa vertu résolutive débarrasse les poumons des mucosités glutineuses et tenaces que d'autres médicaments ne peuvent détruire. (Storck et Collin, *Ann. medic.* t. 2. p. 347). — Lorsque la bronchite chronique est compliquée de tubercules pulmonaires, le colchique ou la digitale sont très-efficaces. Poudre de colchique ou de digitale, 0,05 à 0,10 ; masse de pilules de mercure, 0,10 ; masse de pilules de galbanum, 0,25; extrait d'opium, 0,03; sirop, Q, S. pour faire deux pilules à prendre en deux fois par jour (Copland).

Céphalalgie. — La céphalalgie rhumatismale exige d'abord une bonne dose de calomel donnée le soir, et plus tard les pilules suivantes : Pr. camphre, sulfate de quinine, racine de colchique à 1,00; extrait de jusquiame, 2,00 ; conserve de roses, Q. S. pour 24 pilules. A prendre deux pilules deux ou trois fois par jour (Copland, 1842). — Smith obtient un suc-

cès complet sur une dame de 72 ans atteinte de céphalalgie arthritique, depuis plusieurs années. Le vin de colchique est donné à la dose de 15 gouttes, trois fois par jour. Il s'est également bien trouvé de la poudre de semences unie au camphre et à l'opium, sous forme pilulaire, contre la céphalalgie rhumatismale. Cette céphalalgie, assez fréquente dans la pratique, est caractérisée par des douleurs violentes, surtout le soir et la nuit, par une sensibilité excessive du cuir chevelu, et par son siége le plus habituel d'un côté de la tête (1849).

Choléra. — Maclagan pense que dans le choléra où il y a suppression d'urine et accumulation d'urée dans le sang, on emploierait avec succès le colchique qui provoque la sécrétion de l'urée et de l'acide urique.

Si l'on était tenté de faire cet essai, nous conseillerions des doses excessivement faibles.

Chorée. — Want a été un des premiers à vanter le colchique. Chez trois enfants choréiques dont le plus jeune avait huit ans, Raven a obtenu des résultats avantageux de la teinture. L'enfant de huit ans fut guéri en quatre jours, la teinture fut donnée à la dose de dix gouttes toutes les six heures. Elle fut portée jusqu'à vingt gouttes chez une petite fille de douze ans. Un jeune homme de 17 ans fut guéri par trente gouttes de teinture tous les quarts d'heure; dès le lendemain, mieux notable. Le traitement dura cinq semaines (Raven, *J. of. med. sc. Fothergill*, 1816). — Alderson, au rapport de Maclagan, a employé avec beaucoup de succès la teinture dans quelques cas graves.

Constipation. — 8,00 de semences et 500,00 d'eau pour infusion. Une cuillerée à café jusqu'à un demi-verre, quatre fois par jour. (Sproule, *Lancette*, 1844.)

Coqueluche. — Mélange de 12 grammes de vin de semences et deux gouttes de laudanum. On donne dix à trente gouttes toutes les trois à quatre heures dans une tisane appropriée. Cette médication ne convient pas aux enfants à la mamelle et on la suspend s'il se manifeste des symptômes de pneumonie, etc. (Fischer, *Lancette*, 1845.)

Croup. — Il est très-efficace, d'après Copland, dans la première et la troisième période du croup. On peut le donner avec le calomel dans l'état inflammatoire et avec le camphre ou l'ammoniaque dans la dernière période; mais on doit être extrêmement prudent chez les jeunes enfants et l'administrer à très-petites doses (t. 2, 1835). — Gattfeld préconise l'oxymel. — Robert-Lewins recommande vivement la teinture de semences à doses telles qu'elle agisse énergiquement sur l'organisme. (*The contin. and. Brit. med. Rev.*, 1837).

Cystite. — Dans plusieurs cas de cystite aiguë, l'urine est alcaline; elle colore le papier de tournesol en bleu et dépose une petite quantité d'une matière visqueuse; mais elle est gluante et d'une couleur brunâtre. J'ai trouvé dans ce cas, dit Brodie, le vin de colchique à la dose de trente gouttes, trois à quatre fois par jour, d'une utilité particulière (1836).

Eczéma. — Des eczémas arthritiques de longue durée, ont cédé dans la pratique de Bazin, sous l'influence de la teinture à la dose journalière d'un à trois grammes. (*Scalpel*, 1871.)

Encéphalite rhumatismale. — Cette affection n'exige pas des fomentations froides sur la tête; le colchique avec le camphre est, d'après Copland, le moyen qui réussit le mieux.

Endocardite. — Lewins (*Edinburgh J.*, t. 47) a proposé son emploi dans les maladies inflammatoires du cœur et des gros vaisseaux. — Maclagan a constaté que le colchique diminue la fréquence du pouls d'une manière remarquable.

Engorgement abdominaux. — Goeritz a le premier parlé des propriétés de l'oignon de colchique dans les maladies dépendant de l'obstruction des viscères. — Storck et Collin regardent sa vertu résolutive comme égale à sa propriété diurétique; pour eux, il résout puissamment les engorgements des viscères abdominaux.

(*Ann. med.*, t. 2). — Hevermann vante dans les obstructions des glandes du mésentère et de l'abdomen, la poudre de colchique qu'il donne avec une décoction de gentiane et de genêt et une petite dose d'extrait de ciguë. — La racine desséchée fournit un des plus puissants fondants contre les obstructions.

Engorgement des glandes. — L'usage du colchique, dont l'action résolutive est remarquable, dissipe les tumeurs (Storck et Collin). — Pour combattre l'engorgement des glandes, Wallace préconise la poudre de racine : 4-8 petites cuillerées par jour avec décoction de quinquina, d'herbe, de genêt et pilules d'extrait de ciguë de 0,10 (*Miscell.*, etc., 1765) — La racine et les feuilles appliquées en cataplasme sont un émollient et un résolutif puissant. (Bodard, *Bot. méd.*)

Epidémies. — Wedel vante beaucoup comme un préservatif de la peste, des dysenteries, des fièvres malignes, de la petite vérole, de la rougeole et de toutes les maladies épidémiques et contagieuses, une racine de colchique portée au cou. Il s'appuie de sa propre expérience sur lui-même et sur beaucoup d'autres personnes. Mais il ajoutait à cela une diète exacte et de la modération dans les six choses non naturelles (l'air, les aliments, le mouvement et le repos, le sommeil et la veille, les humeurs retenues ou évacuées, les passions de l'âme). — Plusieurs autres auteurs ont vanté cette amulette employée en différents temps lorsque la peste régnait en Allemagne. — Jacq. Wolf croit devoir citer un cas où elle n'a pas réussi. Quirinus-Rivinus fait mention de ce remède comme très-utile contre la peste, quoiqu'il pense que les amulettes n'ont d'autre usage que d'encourager le peuple et de l'empêcher de craindre la contagion ; car tout le monde sait que la terreur est une des causes prédisposantes les plus puissantes.

Voir l'effet des miasmes et virus sur les bulbes d'oignon commun, *allium cepa*.

Epilepsie. — Raven, de Norfolk, s'est flatté de guérir l'épilepsie comme par une espèce d'enchantement au moyen de la teinture de colchique. — Si, ce que nous ignorons, des faits de guérison existent, ces guérisons ont dû s'obtenir par un traitement perturbateur ou à hautes doses ; alors les effets du colchique se rapprochent de ceux de l'ellébore, médicament si employé par les anciens contre cette maladie. — Rousset, de Vallière, raconte qu'un huissier, épileptique depuis dix ans, voyait chaque année ses accès augmenter de fréquence et de gravité. « Je demandai au malade, dit Rousset, dans quelles circonstances le premier accès était survenu : avant le premier accès, me répondit-il, je me trouvais en voyage, lorsque mon genou devint extrêmement douloureux et enflé. A minuit la première attaque d'épilepsie eut lieu, dès lors l'affection du genou avait disparu. A cette réponse, je pris les deux mains du malade, *toutes deux nouées par la goutte*, et je lui affirmai que la goutte seule était cause de ses accès et qu'il pouvait guérir. » Rousset prescrivit le colchique et déclare l'avoir si bien guéri que depuis dix ans ce malade n'a eu d'attaque ni d'épilepsie ni de goutte (*Tribune méd.* 1870). Quelque extraordinaire que paraisse ce fait sous le rapport de la marche et de la guérison radicale de la goutte, il peut avoir son enseignement dans un cas d'épilepsie chez un goutteux.

Erysipèle. — Un érysipèle ayant commencé par le scrotum et occupant tout le côté du tronc et de la face fut guéri très-promptement par des doses réitérées de colchique en poudre 0,25—0,50, avec carbonate de soude. La fréquence du pouls et la rougeur diminuaient promptement. Bullock cite cinq cas de succès (*Lond. quarterly med. Rev.* 1834). — Giacomini l'a également conseillé d'après Bullock.

Fièvre inflammatoire. — Plusieurs médecins ont constaté l'action sédative hypothénisante du colchique sur la circulation — Haden conseille son usage dans les fièvres inflammatoires et dans diverses inflammations ; il donnait la poudre du bulbe unie au sulfate de potasse. Souvent le

remède produit un effet purgatif qui n'est pas nécessaire à son action curative. Haden assure que les fièvres inflammatoires traitées par ce moyen ne réclament jamais les toniques dans la convalescence. (*Pract. obs. etc.* 1820.)

FIÈVRE INTERMITTENTE.—Quelques paysans font manger, 3-4, fleurs de colchique dans les fièvres intermittentes et souvent avec un heureux succès, mais en ne faisant pas attention aux doses, il peut en résulter des accidents (Garidel).

MARTIN-LAUZER

(*La suite au prochain numéro*).

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Polypes multiples du rectum (plusieurs centaines). — Prolapsus, ligature. — Arrachement à plusieurs reprises. — Guérison. — C'est un fait rare que je rapporte ici, puisque les auteurs de l'article RECTUM du *Dictionnaire encyclopédique* ne font mention d'aucun cas analogue. On en trouve cependant un semblable cité dans l'*Anatomie chirurgicale* de Richet. L'observation suivante présente donc comme premier intérêt sa rareté ; elle peut en outre donner lieu à quelques considérations qui seront mieux placées à sa suite.

Antoinette Ch..., âgée de 18 ans, domestique, entre dans mon service à l'hôpital de la Croix-Rousse en septembre 1873. A l'âge de douze ans, quelques mois après la première menstruation, cette jeune fille, qui souffrait déjà depuis quelque temps en allant à la selle, remarqua une masse volumineuse qui sortait pendant les efforts de défécation. Depuis, à chaque nouvelle selle, les excréments étaient plus ou moins ensanglantés, la tumeur faisait hernie, mais rentrait spontanément. Plus tard elle devint plus volumineuse, et il fallut la réduire avec la main. La douleur et la quantité de sang perdu ont augmenté progressivement. Sous cette influence, la menstruation devint très-irrégulière, la malade restait de deux à dix mois sans règles.

A son entrée, elle présente les attributs d'une bonne constitution, mais les symptômes de l'anémie profonde des hémorrhoïdaires. La tumeur qui fait saillie à travers l'anus par les efforts de défécation présente le volume du poing. Ce n'est qu'en essuyant les mucosités et les caillots qui la recouvrent qu'on la voit constituée par la muqueuse rectale en prolapsus, sur les quatre cinquièmes postérieurs de la circonférence de l'intestin. Cette muqueuse est couverte de tumeurs variant du volume d'une petite noix à celui d'une lentille. Les plus grosses sont piriformes, pédiculées, molles, recouvertes d'une couche muqueuse continue, mais saignant facilement; leur pédicule est très-mince, et il se sectionne facilement par un fil à ligature. Les plus petites sont d'autant plus sessiles qu'elles sont moins développées, et c'est impossible de découvrir un point de la muqueuse qui ne présente des mamelons correspondant au premier stade de développement. Les tumeurs pédiculées sont au nombre de vingt au moins, les autres sont bien plus nombreuses. Deux doigts introduits dans le rectum sentent que la muqueuse de l'intestin a subi la même dégénérescence, et n'atteignent pas la limite supérieure de cette dégénérescence. Les tumeurs sont plus nombreuses à la paroi postérieure qu'à la paroi antérieure.

Dans une première séance opératoire, voulant avant tout éviter une hémorrhagie, qui aurait pu être grave dans l'état d'anémie de la malade, je fis, après anesthésie, la ligature de la totalité du prolapsus en divisant la base en cinq pédicules par autant d'anses de fil. J'excisai la plus grande

partie de la tumeur, et je laissai se réduire les ligatures. Les douleurs ne furent pas très-vives et ne durèrent que jusqu'au soir. On fit des lavages détersifs et désinfectants dans le rectum les jours suivants, et la malade, avec l'aide du fer et d'un bon régime, revint rapidement à un état général tel que, six semaines après la première opération, ayant remarqué que l'arrachement d'un polype ne donnait pas lieu à une hémorrhagie tenace, je l'endormis à nouveau, et j'arrachai avec les doigts ou des pinces à polypes tous ceux que je pus atteindre au-dessus de la bride saillante que laissait, à la face postérieure du rectum, trois centimètres au-dessus du sphincter, la ligature du prolapsus. L'hémorrhagie fut modérée et s'arrêta rapidement sous l'influence d'un lavement avec de l'eau de Pagliari. Elle quitta l'hôpital trois semaines après, n'ayant plus de douleurs, ne faisant plus de sang, mais présentant au toucher quelques petites tumeurs sessiles, et un aspect mamelonné de la muqueuse qui faisait prévoir une prompte récidive,

En avril 1874, elle rentre dans le service et j'arrache encore tout ce que je puis saisir. Enhardi par l'innocuité des premières opérations, je déchire avec les ongles les tumeurs sessiles que je puis sentir. Suites simples. A cette époque encore on ne pouvait pas atteindre, en introduisant quatre doigts et le métacarpe dans l'anus, la limite supérieure de la dégénérescence. La bride succédant à l'excision faisait toujours une saillie très-sensible mais nullement gênante pour les fonctions.

Quelques douleurs et quelques pertes légères de sang ramènent la malade en novembre 1874. Cette fois, on atteint avec deux doigts dans la partie la plus profonde du rectum une muqueuse lisse ne présentant ni polypes, ni mamelons. Il faut connaître l'existence de la cicatrice consécutive à la ligature pour en retrouver les traces. Après anesthésie, j'enlève quelques tumeurs pédiculées, je broie et j'amène par râclage avec les ongles toutes les tumeurs sessiles. Suites très-simples. Lorsque la malade part dix jours après, on sent bien quelques petites surfaces mamelonnées, mais l'état de la muqueuse rectale n'est plus le même qu'à ses précédentes sorties. De même à son entrée, on pouvait constater que le développement des masses morbides était arrêté, et c'est par curiosité plutôt que par prudence que j'ai engagé la malade à revenir dans un an.

(*Lyon médical*).

Sur le taxis forcé dans les hernies étranglées, — par le Dr Max Schede, à Halle sur la Saale (*Centralblatt fuer chirurgie*, 1874 n° 24 et 25). — Bien que la grande majorité des travaux modernes sur le traitement des hernies étranglées se prononce contre des essais de taxis énergiques longtemps continués, ou entrepris après une durée un peu longue de l'incarcération, l'expérience de l'auteur, tant à la clinique de Halle, en sa qualité d'assistant, que dans sa pratique civile, lui a démontré qu'un taxis énergique employé en discernant les cas appropriés, mérite d'être pratiqué malgré le *tolle* général. Sans en venir à dire, avec le professeur Thiry (de Bruxelles), qu'on peut toujours réussir avec le taxis, pourvu qu'on le veuille, il conseille de pratiquer un taxis énergique et soutenu dans tous les cas où l'on n'a pas encore de symptômes d'une inflammation intense, ou de commencement de gangrène, c'est-à-dire, pas d'œdème des enveloppes cutanées au-dessus de la hernie. Une sensation de fluctuation, qui fait conclure à une forte accumulation de liquide herniaire, est aussi un symptôme qui doit inspirer de la défiance. Dans de tels cas, il conseille de ne pas tenter le taxis, mais d'avoir recours à l'opération sanglante.

Du 1er avril 1868 au premier août 1874, l'auteur a observé 51 cas de hernies étranglées (à l'exclusion des hernies ombilicales dont il ne traite pas ici, tant elles diffèrent des autres pour la réposition et pour l'opération, dont 28 hernies inguinales (20 hommes et 8 femmes) et 23 crurales (2 hommes et 21 femmes). De ces 51 cas, 41 furent réduits (1 décès dans un cas de réduction en masse) et 10 furent opérés, avec cinq décès, ce qui donne 6 décès pour 51 cas. Des 10

cas heureusement réduits, chez 14 l'étranglement avait duré moins de 12 heures, chez 11, de 12 à 24 heures, chez 7, 2 jours, chez 7 autres, 3 jours et chez un enfin, 6 jours; le cas terminé par la mort concernait une hernie inguinale du côté gauche, incarcérée depuis 40 heures quand le malade fut amené à la clinique. Les 10 herniotomies concernèrent 6 hernies inguinales (5 hommes et une femme; 4 décès masculins) et 4 hernies crurales (4 femmes avec 1 décès); l'incarcération avait duré 2 fois pendant 2 jours (1 guéri, 1 mort), 2 fois pendant 3 jours (tous morts), une fois pendant 4 jours (guéri), 2 fois pendant 5 jours (tous guéris) et enfin dans 3 cas en temps indéterminé (1 guéri et 2 morts). Parmi les cas qui ne guérirent pas, 3 furent opérés *in extrémis*. En revanche, d'après l'auteur, deux des cas opérés avec succès eussent probablement cédé à un taxis plus énergique. Quoi qu'il en soit, le chiffre de la mortalité 11, 8 010 est très-bas, car en réunissant, les résultats obtenus dans les grands hôpitaux, de 1866 à 1872, on trouve 786 cas, avec 189 décès, soit une mortalité de 24 0[0. L'auteur fait néanmoins remarquer qu'à Halle, les conditions sont plus favorables qu'elles ne le sont généralement, les malades atteints de hernie ne perdent pas de temps pour se rendre à la clinique quand ils sont atteints d'incarcération. Toutefois, des 16 malades qui n'arrivèrent en traitement, de la part de l'auteur, qu'après plus d'un jour d'étranglement, un seulement n'avait pas été soumis de la part d'autres médecins à des essais antérieurs de taxis.

M. Schede attribue ses succès, à ce qu'il ne craint pas d'employer plus de force et d'énergie dans ses tentatives que cela n'a généralement lieu, mais après s'être assuré de l'état de l'intestin, ainsi que cela a été dit plus haut. Quand les téguments ont encore leurs caractères normaux, que la tumeur herniaire n'a pas une sensibilité anormale, qu'on ne peut percevoir aucun craquement d'exsudation, que la hernie se sent tout à fait dure ou a du moins une élasticité très-ferme, on peut toujours compter selon lui que les parois intestinales ont encore une force de résistance suffisante, pour permettre sans crainte un taxis énergique.

On ne peut donner de règles générales pour indiquer si l'on peut encore tenter des essais de réposition en se guidant sur le nombre de jours qui se sont écoulés depuis le commencement de l'incarcération, ou sur la présence ou l'absence de vomissements stercoraux. Dans chaque cas, il faut un examen local exact, uni à l'observation générale des forces. Pour la réussite de cette opération (le taxis), il faut, en première ligne, une narcose profonde; en second lieu, on doit s'orienter exactement sur la position de la porte de la hernie. L'auteur la pratique généralement au moyen des deux pouces réunis, au moyen desquels il exerce une forte pression juste dans la direction de la porte herniaire, sur une partie de la tumeur qui soit assez rapprochée de cette ouverture, en comprimant tantôt d'un côté, tantôt de l'autre; ce n'est que lorsqu'une hernie est trop petite, qu'il exerce cette pression directement sur le sommet de la hernie. Dans les cas ou le taxis lui réussi, l'auteur a rarement exercé cette pression moins de cinq minutes, et jamais plus d'un quart d'heure, mais en employant pendant tout le temps un degré de force bien plus considérable qu'il ne l'a vu faire par qui que ce soit et tel qu'il est généralement regardé comme non permis. Au commencement de sa pratique, il fit une fois une réposition en masse par une pression d'une heure environ, et le malade mourut. Il croit toutefois que le danger de pratiquer une réposition en masse, ou de ne pas la reconnaître quand elle s'est produite, n'est pas grand; car, si la persistance des symptômes d'incarcération peut être confondue pendant quelque temps avec les suites de la narcose par le chloroforme, la tendance de la hernie de se reproduire toujours devra rendre attentif au fait que la réduction n'a pas été faite d'une manière convenable.

Péricardite avec épanchement.—Ponction aspiratrice du péricarde; — Soulagement immédiat;—Guérison,—par le docteur

T. H. Bartleet, chirurgien de l'hôpital général, à Birmingham. — Le malade, âgé de 20 ans, était dans le service du docteur Harvey ; il souffrait d'un rhumatisme aigu depuis quatorze jours, mais il n'était entré à l'hôpital qu'après dix jours de maladie. Les symptômes de péricardite furent constatés par le docteur Harvey à sa première visite. Le 13 novembre, quatre jours après l'entrée du malade, celui-ci était en proie à une dyspnée excessive ; l'étendue de la matité cardiaque était considérablement augmentée et le pouls était presque effacé. A midi, le même jour, le docteur Russell vit le malade avec le docteur Harvey; le pouls était très-faible et très-fréquent, la respiration était très-accélérée, la dyspnée était considérable ; la matité cardiaque s'étendait en travers à deux centimètres et demi à droite du sternum, et en haut jusqu'au bord supérieur de la première côte. Dans ce dernier point, elle n'était pas absolue. La limite de la matité à gauche était difficile à préciser, à cause d'un épanchement pleurétique. A l'auscultation, les bruits du cœur étaient faibles et éloignés; il n'y avait point de bruit de frottement; on percevait un faible bruit mitral. Le changement de position du malade n'amenait aucune modification dans le caractère des bruits du cœur. Le choc de celui-ci n'était perçu que comme un mouvement mal défini de la paroi thoracique, au niveau de la pointe de cet organe, et seulement dans une étendue de deux à trois centimètres.

Le même jour, à huit heures du soir, la ponction du péricarde fut pratiquée. L'aiguille de l'aspirateur fut enfoncée dans l'espace intercostal entre la quatrième et la cinquième côte, à cinq centimètres à gauche de la ligne médiane du sternum, et pénétra directement dans la cavité du péricarde, ainsi qu'on s'en aperçut au passage du liquide dans l'aspirateur. La pointe de l'aiguille fut portée autant qu'il fut possible contre la paroi thoracique en dedans. Le liquide s'écoula librement jusqu'à la quantité de 420 grammes ; puis il s'arrêta ; il était fortement teint de sang et déposa rapidement un coagulum peu volumineux, et plus tard une couche de détritus sanguins. Le liquide surnageant, encore un peu teint de sang, avait une pesanteur spécifique de 1024.

Pendant la dernière partie de l'opération, il fut noté par toutes les personnes présentes que les battements du cœur se communiquaient à l'aiguille. A la suite de l'opération, le malade accusa une vive douleur pendant une demi-heure. Cette douleur cessa après l'administration de quinze gouttes de liqueur d'opium. Lorsque l'opération fut finie, on remarqua que la limite de la matité avait rétrogradé jusqu'au niveau de la ligne moyenne du sternum. La matité sous-claviculaire n'avait pas disparue, mais elle était de beaucoup moins marquée.

Le 14 novembre, la nuit a été bonne ; le docteur Harvey pense que la matité a un peu augmenté.

Le 15, l'amélioration est considérable : le malade peut rester étendu sur le dos sans gêne ; dyspnée nulle ; amélioration marquée du facies ; la matité atteint à peine le bord droit du sternum, elle est nulle au niveau du premier et du second espace intercostal, diminuée au niveau de la troisième côte.

Le 3 décembre, la matité a presque disparu ; la plus grande partie du liquide pleurétique a été résorbée ; on peut entendre pleinement les bruits du cœur ; on perçoit un bruit mitral intense par reflux de l'oreillette.

Le 10, le malade peut se lever et marcher dans l'établissement.

Ce cas, dit le docteur Bartleet, montre avec quelle facilité et quelle sécurité on peut pratiquer la paracentèse du péricarde pour combattre des symptômes urgents résultant directement ou indirectement d'un épanchement du péricarde. L'opération n'a présenté en elle-même aucune difficulté ; il n'est survenu aucun phénomène subséquent qui troublât la marche assurée de la maladie vers la guérison. Un point très-intéressant, c'est qu'on ne doit accorder aucune importance spéciale ou défavorable au mélange d'une quantité plus ou moins grande de sang avec le liquide tiré par la ponction aspiratrice. (*The Lancet*, 19 décembre 1874.)

Hydrocèle énorme située dans l'abdomen, causée par un testicule non descendu. — Cette observation, relatée par le docteur C. Steele, est un exemple d'une lésion tellement rare qu'on en rencontre à peine deux ou trois analogues; c'est pourquoi nous l'analysons.

John M..., âgée de 28 ans, fut admis à l'infirmerie royale de Bristol, le 6 octobre 1874, pour être traité d'une tumeur de l'abdomen qui gênait la marche. Le testicule gauche n'était pas descendu et occupait le canal inguinal. Il y a six ans, à la suite de courses prolongées, il ressentit des élancements et une douleur vive dans le testicule gauche qui bientôt se tuméfia et prit un grand volume. Il se fit une tuméfaction des parties molles autour du testicule, qui augmenta rapidement, à ce point que le malade ne pouvait plus marcher et éprouvait des pesanteurs, de la gêne et de la douleur.

A son admission, on observait une tumeur proéminente volumineuse mesurant huit pouces en long et en large, siégeant du côté gauche de l'abdomen. La peau et le muscle oblique externe la recouvraient en avant, mais il était évident que la masse de la paroi abdominale passait en arrière de la tumeur. La fluctuation était nettement perceptible dans toute l'étendue de la tumeur, sauf au niveau de la partie inférieure, où l'on sentait le testicule tuméfié.

M. Steele pratiqua une ponction à l'aide d'un trocart et enleva ainsi trente onces d'une sérosité transparente. Le malade fut très-soulagé et l'on put faire un examen complet. Le chirurgien, dans le but d'amener l'oblitération du sac vaginal, établit un séton. La guérison se fit sans complication. A la fin de novembre, le malade pouvait marcher, et le 2 décembre on lui donna l'exéat. A ce moment, le testicule avait à peine diminué de volume, mais la cavité de l'hydrocèle était presque entièrement rétractée et ne contenait plus le liquide. Le malade revint à la consultation pendant trois mois. Actuellement il marche sans difficulté pendant plusieurs lieues par jour, et il n'y a plus de tuméfaction de la vaginale. (*The Lancet* et *Goz. hebd.*)

Traitement du cancer par l'arsenic. — Le docteur Czerny, de Fribourg, a pu obtenir chez plusieurs malades, la résolution des tumeurs cancéreuses en les soumettant à l'action de l'arsenic. Il emploie la teinture de Fowler à l'intérieur, en commençant par une dose de 5 gouttes qu'il élève peu à peu à 30 gouttes par jour prises en deux fois; une fois pendant le repas du matin et l'autre pendant celui du soir. En même temps il fait dans le tissu même de la tumeur des injections de 10 gouttes de liqueur de Fowler chaque fois, une injection par jour. Les observations de guérisons obtenues par ce procédé sont publiées dans les *Archiv für Klinic chirurgical.* (*Journal de thérapeutique*, 25 décembre 1874.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 *avril* 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Spiroscope. — M. Woillez lit une note sur le spiroscope, appareil destiné à l'étude de l'auscultation, de l'anatomie et de la physiologie du poumon.

Un des organes est placé dans l'appareil et dans une position analogue à celle qu'il occuperait dans le thorax. L'air arrive dans la bronche, au moyen d'un soufflet,

aussitôt le mouvement d'élévation se produit et les vésicules se dilatent. Si on ausculte, on n'entend nullement le murmure respiratoire. Il se produit, au contraire et d'une façon normale, si l'air, au lieu d'arriver dans un poumon desséché, pénètre dans des alvéoles imprégnées d'un liquide ayant la consistance du sang.

M. Piorry demande à présenter quelques observations sur ce fait dans la prochaine séance.

M. Barth rappelle qu'on avait expliqué le murmure respiratoire par deux théories. L'une, soutenue surtout par M. Beau, admettait que le murmure vésiculaire n'était que la transmission du bruit qui se produit dans les voies aériennes supérieures : bouche, pharynx, trachée, grosses bronches. L'autre, soutenue par l'orateur et bien d'autres, prétend que l'air en venant se briser contre les angles des poumons, produit ce bruit. Le *spiroscope* de M. Woillez éclairera peut-être bien des questions encore obscures.

M. Bouillaud fait remarquer que le bruit respiratoire n'est pas le même, selon qu'il se produit dans la trachée, dans les bronches, ou dans les vésicules.

M. Colin dit que Delafond, dans des expériences faites il a y vingt ans, sur les animaux à Alfort, a démontré l'inexactitude de la théorie de Beau et prouvé que le murmure respiratoire a son siége dans les vésicules pulmonaires, au lieu d'être produit par le retentissement du bruit que fait l'air en traversant l'orifice glottique.

M. Barth fait observer à M. Colin que dès la première édition du *Traité d'auscultation*, dont la date est de 1841, c'est-à-dire longtemps avant les expériences de M. Delafond, il avait, avec M. Roger, montré par des expériences sur les animaux les résultats que les recherches de M. Delafond n'ont fait que confirmer.

M. Larrey demande à M. Woillez s'il ne pourrait pas tirer des expériences auxquelles il s'est livré, des conséquences au point de vue des conditions de la respiration dans les régions supérieures de l'atmosphère et des conseils utiles propres à servir de guide aux aéronautes, et à prévenir les catastrophes semblables à celles dont le monde savant vient d'être si douloureusement impressionné.

M. Voillez répond que ces expériences ne se rapportent pas à la diminution de la pression atmosphérique, cause principale, suivant lui, de l'accident déplorable auquel M. Larrey vient de faire allusion.

A cinq heures la séance est levée.

Séance du 27 avril 1875.

Présidence de M. Gosselin.

De l'influence, sur la santé physique et intellectuelle des populations, des boissons qu'elles consomment. — M. Lunier, candidat pour la section d'hygiène, lit, sous ce titre, un travail dont voici les conclusions :

1° L'introduction dans la consommation courante des alcools d'industrie, constitue un danger des plus graves pour la santé publique ;

2° Le moyen le plus rationnel d'arrêter l'envahissement de ces alcools et de prévenir leurs pernicieux effets, est de favoriser la consommation des vins naturels dans les départements qui n'en récoltent pas. (Renvoyé à la section d'hygiène.)

Sur l'existence de la fièvre typhoïde au Sénégal. — M. Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine, lit sous ce titre un mémoire dont voici un résumé :

On a cru pendant longtemps que la dothiénentérie n'existait pas dans les régions tropicales. Les médecins de la marine militaire ont déjà montré que cette opinion est inexacte pour nos colonies de la Nouvelle-Calédonie, de la Cochinchine, de l'Inde, de la Réunion, de la Guyane, des

Antilles ; on doit admettre aujourd'hui la même chose pour nos possessions de la Sénégambie.

En présentant une série des faits basés sur l'autopsie et qui montrent que la maladie a pu se montrer chez les militaires depuis leur arrivée d'Europe jusqu'au moment où ils ont eu six ans d'habitation au Sénégal, on peut faire accorder ces deux points, que non-seulement la fièvre thyphoïde existe au Sénégal, mais encore qu'elle y peut atteindre les Européens à toutes les époques de leur séjour colonial, puisque ce séjour oscille ordinairement entre un et quatre ans.

Comme conclusion : la dothiénentérie a, dans les pays chauds, les mêmes caractères que dans la zone tempérée.

Choléra. — M. Roger lit pour M. Tholozan, correspondant, un travail intitulé : *Le choléra indien devient-il stérile en Europe et de grandes épidémies ne peuvent elles pas débuter sur notre continent ?* travail adressé de Téhéran, à la date du 1er mars.

On m'adresse, dit-il, deux reproches qui s'excluent mutuellement : 1° les faits que j'ai divulgués l'auraient été avant moi par Griesinger et la conférence de Constantinople ; 2° mes écrits sont une pure logomachie....

Les recherches dont j'exposais les résultats devant l'Académie, le 15 juillet 1873, m'ont démontré par l'étude chronologique et géographique des invasions du choléra que l'on commettait une grande erreur en faisant venir directement de l'Inde le choléra de 1831 et celui de 1847.

Malgré l'expérience terrible de quatre épidémies, malgré les nombreuses revivifications dont l'Europe avait été le théâtre, de 1831 à 1837, et de 1847 à 1860, on faisait de l'Europe un pays à part et privilégié; le choléra envahissant n'y avait jamais son origine; il y devenait stérile; il n'y produisait jamais de foyers secondaires qui pussent devenir le point de départ d'une grande épidémie.

Le Code sanitaire concordait avec la doctrine médicale : en février 1866, alors que l'épidémie cholérique de 1865 n'avait pas encore accompli son cours en Europe et dans un moment où ses germes étaient disséminés sur tout notre continent, M. Fauvel, craignant déjà une nouvelle invasion de la Mecque en Europe, voulut que la conférence de Constantinople votât d'urgence l'interruption de toutes les communications entre les ports de l'Arabie et le littoral égyptien de la mer Rouge.

En un mot et pour résumer ce débat, on démontre, en 1870, que le choléra de 1852-1856 fut une grande épidémie, la plus étendue et la plus intense de toutes et qu'elle prit naissance au centre même de l'Europe ; on répond, en 1874, que ce fut une recrudescence, un retour offensif ; mais qu'est-ce que cela, si ce n'est une épidémie déguisée sous un nom différent, étiquette trompeuse adoptée pour la circonstance, qui ne remplacera jamais le mot épidémie en usage depuis des siècles et qui a pour lui, avec cette haute raison qui vient du fond des choses, l'autorité d'Hippocrate et de tous les génies dont s'honore notre science.

Cette lecture est suivie d'une discussion à laquelle prennent part MM. Fauvel, Chauffard, Briquet, Bouley et Bouillaud.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

—

Séance du 9 avril 1875.

Présidence de MM. Woillez et Laboulbène vice-président.

Kyste hydatique du foie; mort subite. — M. Desnos, à propos du procès-verbal, lit une observation qu'il a prise en 1856 à Necker. Il s'agissait d'une jeune femme affectée d'un kyste hydatique du foie, longtemps méconnu et pris pour une boule graisseuse.

M. Desnos ne partageant pas l'opinion de ceux qui avaient porté ce premier diagnostic, proposa une application de caustique de Vienne sur le point culminant de la tumeur ; l'application fut différée quelques jours, et lorsqu'elle eut lieu, on donna

au caustique la dimension d'une pièce de 5 francs. La femme était très-affaiblie, le caustique fut extrêmement douloureux, et au commencement de la nuit, la malade se plaignit beaucoup à la sœur de service et succomba subitement.

L'autopsie fut faite : pas de péritonite ; kyste énorme dans le foie considérablement hypertrophié, poche remplie d'échinocoques ; caillots sanguins dans le cœur ; poumons exangues. La mort eut lieu par syncope produite par la douleur excessive, à cause de la grande faiblesse de la malade.

La conséquence que M. Desnos tire de cette observation, c'est qu'il est quelquefois dangereux de trop différer l'évacuation des kystes hydatiques, surtout quand on est en présence de malades affaiblis.

Traitement des déplacements de l'utérus à l'aide d'un anneau élastique en caoutchouc. — M. Gairal, docteur en médecine à Carignan, présente un nouvel engin qui paraît aussi simple qu'efficace. Jusqu'ici, dans le traitement des déplacements utérins, toute l'action s'était portée sur le col qu'on repoussait directement. M. Gairal laisse le col libre, mais en dilatant la paroi vaginale. Il fait perdre à cette paroi en longueur ce qu'il lui prend en largeur. Son procédé consiste à introduire dans le vagin un anneau en caoutchouc (les dimensions varient selon les cas) : cet anneau a quelque analogie avec les pessaires en caoutchouc, mais, au lieu d'avoir leur volume, il a tout au plus un centimètre d'épaisseur. Cet anneau flexible est introduit dans le vagin ; une fois en place, il distend les parois vaginales et amène ainsi le refoulement en haut de l'utérus. Cet appareil est d'une grande simplicité, d'un application des plus commodes et des plus faciles, et les malades traitées avec succès par M. Gairal se comptent par centaines.

MÉLANGES ET FAITS DIVERS.

Concours. — Un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira :

A Paris, le 24 août 1875 ; — à Lille, le 31 août ; — à Nancy, le 3 septembre ; — à Besançon, le 6 septembre ; — à Lyon, le 9 septembre ; — à Marseille, le 13 septembre ; — à Montpellier, le 16 septembre ; — à Toulouse, le 20 septembre ; — à Bordeaux, le 24 septembre ; — à Rennes, le 28 septembre.

Pour les diverses conditions du concours, s'adresser au ministère de la guerre.

La vaccine en Chine. — L'article suivant démontre que les progrès peuvent se faire partout et en tout lieu :

Les Chinois pratiquaient la vaccine dès le sixième siècle de l'ère chétienne. Le premier essai d'inoculation eut lieu sur le petit-fils de l'empereur et réussit parfaitement. Les médecins chinois introduisaient alors le virus, après l'avoir desséché et réduit en poudre, avec un tube en argent dans la narine gauche du sujet, s'il était du sexe mâle, dans la narine droite si c'était une fille.

Les feuilles chinoises racontent que les missionnaires français envoyèrent en Europe les détails les plus précis à ce sujet en 1779 ; ainsi, lorsque le médecin Jenner publia sa découverte en 1796, le procédé de vaccination était déjà connu en Europe.

Jurisprudence médicale anglaise. — Un verdict de meurtre a été rendu par le Coroner pour Coventry, après une longue enquête, contre une sage-femme nommée Elisabeth Jugzam. Elle avait pratiqué beaucoup d'accouchements et avait

porté à ses clientes la fièvre puerpérale.

Le 18 décembre le Coroner l'invita à cesser toute pratique professionnelle, mais elle n'en continua pas moins. Depuis, deux enquêtes eurent lieu sur deux cas de décès après accouchement pratiqué par elle. Après la première enquête elle fut condamnée à la censure, et lundi dernier après quatre nouveaux cas de fièvre puerpérale, s'étant terminés fatalement, elle fut citée en jugement pour meurtre et condamnée. Malheureusement l'article ne dit pas la nature de la peine.

(*Gaz. hebd. de Paris.*)

Un ressuscité.— Dernièrement un magistrat, en feuilletant les registres de l'état civil de la commune de Lescure (Tarn), a trouvé un cas assez curieux de décès constaté le 31 mai 1825.

A cette date, on trouve l'acte de décès de Pierre Anglès, métayer chez le marquis de Larochejaquelein, à Lescure, Cet acte ayant été bâtonné, on lit en marge une note signée par le maire et ainsi conçue : « Anglès Pierre s'est réveillé tout à coup du sommeil léthargique dans lequel il était plongé, et à la grande surprise de ceux qui le gardaient, il a sauté de son lit, est sorti dehors, et a fait 1,500 mètres environ de chemin, tenant un gros caillou à la main et criant sans cesse qu'on voulait l'assassiner. Ses forces l'ayant abandonné, il est entré chez son beau-frère ; on l'a couché sur un lit où il a été pris d'un accès de frenésie terrible. Après une maladie aiguë qui a duré quinze jours, il a parfaitement recouvré la santé. »

Ce fait étonnant prouve une fois de plus, qu'en attendant qu'il y ait possibilité de faire vérifier les décès par les médecins dans les campagnes, et avant qu'un esprit chercheur ait gagné le prix d'Ourches à l'Académie de médecine, on fera bien de garder le plus longtemps possible les cadavres des morts avant de les ensevelir.

A défaut de l'oreille du médecin qui constate la cessation des bruits du cœur, il y aura toujours le nez du villageois qui saura reconnaître la puanteur du mort, véritable signe de décès.

(*Gaz. méd. de Toulouse*).

De la puissance de la vapeur comme extincteur dans les incendies. — On lit dans l' *Iron* : « Des expériences ont été faites à bord du steamer *Prague*, dans le dock Victoria, à Leith, dans le but de démontrer la puissance de la vapeur comme extincteur dans les incendies, le feu fut allumé, à l'aide de pétrole et de bois, dans la cale. Puis la vapeur fut injectée des chaudières. En dix minutes la cale était pleine et le feu complétement éteint. La cale eût été remplie de marchandises que l'on se fut plus rapidement encore rendu maître de la conflagration.

» Ce sont les secondes expériences qui se font à ce sujet en Angleterre. Les premières ont été aussi concluantes. L'on ne saurait trop en faire connaître les résultats, l'emploi de ce moyen pouvant avoir, dans bien des cas, pour conséquence immédiate la préservation de l'existence de centaines de personnes. »

Maladie des poules. — A lire par ceux qui ont des poules.

Une coutume barbare qu'on devrait combattre par tous les moyens, c'est celle qui consiste à mutiler de pauvres poules sous prétexte qu'elles ont la pépie.

Quand la poule ne boit pas, c'est qu'elle ne mange pas, et si elle ne mange pas, c'est qu'elle est malade.

Entêté dans votre raisonnement qu'une poule a la pépie quand on ne la voit plus boire, vous saisissez la malheureuse, vous examinez sa langue, vous apercevez à la pointe une substance cornée blanchâtre, et, triomphant, vous dites : Voilà la pépie.

Si l'opérateur de la pépie avait, pour s'éclairer, fait la visite de toutes les poules, il aurait vu que toutes ont le bout de la langue pourvu de la substance cornée. Il se serait dit alors : Ce n'est pas là que réside le mal, et il aurait tâché de le découvrir ailleurs.

Il suffit d'un morceau de beurre gros comme une noisette et d'un morceau d'aloès gros comme un haricot. On glisse l'aloès dans le beurre et l'on fait avaler la pilule à la poule. Une heure après, la poule est complétement guérie.

Procédé pour enlever les taches sur les vêtements. — On enlève généralement les taches de graisse au moyen de la benzine ou de l'essence de pétrole ; mais ces liquides ont l'inconvénient de laisser, la plupart du temps, une auréole brunâtre. Pour parer à cet inconvénient, il faut, pendant que l'étoffe est encore imbibée de liquide et aussitôt que la tache a disparu, saupoudrer de gypse ou de poudre de lycopode toute l'étendue imprégnée. On laisse alors sécher et on enlève ensuite la poudre avec une brosse. Les taches de peinture à l'huile s'enlèvent avec du sulfure de carbone ; beaucoup peuvent être enlevées avec de l'essence de térébenthine, les taches fraîches et anciennes avec du chloroforme. Pour ces dernières ainsi que pour les taches de goudron, le meilleur moyen est de les recouvrir d'une couche d'huile ou de beurre. On laisse en contact jusqu'à ce que la couleur soit ramollie, et on enlève ensuite le tout, d'abord avec de l'essence de térébenthine, puis avec de la benzine. (*Union médicale du Canada.*)

Bulletin des décès de la ville de Paris. *Du* 16 *au* 23 *avril*, on a constaté 1,072 décès, savoir : variole, 8; rougeole, 18; scarlatine, 2 ; fièvre typhoïde, 18; érysipèle, 12; bronchite aiguë, 53; pneumonie, 144 ; dysentérie, 2; diarrhée cholériforme des enfants, 1; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 10; croup, 6; affections puerpérales, 8 ; autres affections aiguës, 294; affections chroniques, 444 (dont 189 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 28 ; causes accidentelles, 24.

Du 23 *au* 30 *avril*, 1,006 décès ainsi répartis ; variole, 9 ; rougeole, 25 ; scarlatine, 0; fièvre typhoïde, 15; érysipèle, 10; bronchite aiguë, 48 ; pneumonie, 116; dysentérie, 0; diarrhée cholériforme, des enfants, 8 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 13 ; croup, 13 ; affections puerpérales; 5; affections aiguës, 298 ; affections chroniques, 410 (dont 169 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 22; causes accidentelles, 14.

VARIETES.

A propos de la catastrophe du Zénith.

Encore deux noms à ajouter à la liste déjà longue du martyrologe de la navigation aérienne ! Tous les journaux ont parlé de la catastrophe du *Zénith*, et chacun a payé un juste tribut de regret aux deux aéronautes, eux aussi, morts au champ d'honneur. Puisse le funeste sort de Sivel et de Crocé-Spinelli être profitable à la science : puisse-t-il préserver d'un aussi triste destin les hardis pionniers, qui ne manqueront pas de s'engager, quand même, dans une vie si pleine de périls.

Les intrépides aéronautes ne pouvaient ignorer les dangers de leur téméraire entreprise. Une fois déjà, ils s'étaient élevés à une altitude de 7,500 mètres. Ils savaient, par expérience, que cette limite est celle de l'air respirable (1). Il a donc fallu que, chez eux, l'amour de la science fît taire la voix de la raison et de la prudence.

Ce serait à tort que l'on considérerait une expérience, devenue si funeste à ceux qui ont osé la tenter, comme inspirée par le vain désir de faire parler d'eux, en tentant de s'élever plus haut que tous leurs devanciers. Si l'on considère que 85,000 lieues séparent la terre de la planète la plus rapprochée, qui est son satellite; que la distance de notre globe au soleil n'est pas moindre de 38 millions de lieues, on est amené à se demander *a priori* quels peuvent être, au point de vue des observa-

(1) L'examen des *tubes témoins*, fait à la Sorbonne, a constaté que les expérimentateurs sont parvenus à une hauteur de 8,600 mètres. L'ascension la plus élevée qui ait été faite, est celle de M. Glaisher, qui a atteint 8,810 mètres. A cette altitude, il s'est évanoui, mais il supposa que le ballon, continuant sa course folle, a dû atteindre 11,000 mètres.

tions astronomiques, les avantages d'une élévation aérostatique de quelques centaines de mètres? Il n'est pas besoin de posséder des notions bien précises sur une science qui sort du cercle de nos connaissances spéciales, pour comprendre l'importance des expériences effectuées à de hautes altitudes. C'est ainsi que les astronomes ont pu étudier avec plus de fruit les taches de la lune, du soleil; calculer la vitesse de la lumière; faire de précieuses recherches sur l'électricité, sur l'atmosphère terrestre à différentes hauteurs, et de telles recherches étaient assurément l'objectif des malheureux nautoniers. C'est donc à tort qu'un journal très-sérieux et des plus recommandables a cru devoir considérer cette entreprise, conçue en un but éminemment scientifique, comme une témérité ne pouvant aboutir à donner aucun résultat utile. Quels qu'aient pu être les fruits de cette funeste ascension rapportés par le survivant, on peut en concevoir l'assurance, ces deux précieuses existences n'auront pas été moissonnées si prématurément en pure perte pour la science.

Au point de vue de l'art, les ascensions aérostatiques peuvent se proposer un double objet. Elles peuvent être, nous l'avons déjà dit, conçues en vue d'expériences physiques, astronomiques, cosmiques. Elles tendent surtout vers un autre but, d'une utilité pratique plus immédiate. Nous voulons parler du perfectionnement de la navigation aérienne, dont la funeste guerre de 1870-71 a fait ressortir tous les avantages. Dans ce sens, on a beaucoup fait dans ces dernières années; de grands progrès ont été accomplis, mais d'importants *desiderata* restent encore à combler.

Il est un livre, ayant trait à la navigation aérienne, que nous avons lu avec beaucoup d'intérêt, et auquel on pourrait, croyons-nous, faire d'utiles emprunts. L'auteur semble avoir étudié à fond son sujet, qu'il a su présenter à ses lecteurs sous la forme la plus attrayante. Nous voulons parler d'un ouvrage intitulé : *Cinq semaines en ballon; voyage en Afrique*, par Jules Verne.

On trouve dans l'attachant récit des aventures de trois Anglais, un certain nombre d'idées originales qui, croyons-nous, n'ont pas encore été fécondées dans la pratique.

L'idée de la décomposition de l'eau, par la pile de Buntzen, pour la production à volonté de l'hydrogène et de l'oxygène; l'emploi du chalumeau, pour la dilatation rapide du gaz, en vue de suppléer au lest, dont l'usage est réservé pour les cas seuls où le péril est imminent; la condensation de ce même gaz par le refroidissement de la température, pour opérer la descente; la précaution d'un ballon double, tant comme garantie contre les avaries qui peuvent se produire dans le cours d'un voyage aérien, que comme latitude fournie à l'aéronaute de modifier, à sa volonté, le volume de son ballon; ces diverses vues nous semblent susceptibles d'heureuses applications à la pratique de l'aérostation.

Nous croyons, du reste, autant que notre incompétence en pareille matière nous permet d'émettre notre humble avis (*ne sutor ultra crepidam*), nous croyons, disons-nous, que Jules Verne est dans le vrai, lorsqu'il déclare que tous les moyens mécaniques si compliqués, récemment proposés, en vue de diriger les ballons, ne sont applicables que dans une atmosphère calme et confinée. Ils ne sauraient être qu'infidèles et décevants, lorsqu'il s'agit de braver les éléments, et de lutter contre vents et tempêtes. Il n'est qu'un mode réellement pratique de direction : ce mode consiste à aller à des hauteurs diverses, à la recherche des courants aériens. Pour cela, il faut que l'aéronaute soit assez maître de son gaz, pour pouvoir s'élever, s'abaisser à volonté, jusqu'à ce qu'il ait rencontré le courant qui pourra l'entraîner dans la direction favorable.

Qu'on nous pardonne notre excursion, sans doute un peu longue, dans un domaine qui n'est point le nôtre et que nous ne saurions traiter avec une autorité suffisante. Rentrons, enfin, dans notre rôle et envisageons la question à un point de vue essentiellement médical. Occupons-nous donc des causes qui ont occasionné un double malheur, et tâchons d'indiquer les moyens qui nous semblent le plus propres à en prévenir de nouveaux. Car ce serait une illusion

de croire que, avec cette passion des expériences scientifiques qui nous dévore, l'entreprise de ces hardis nautoniers ne trouvera pas, bientôt encore, de nombreux imitateurs. C'est le cas de répéter avec le poëte: *uno occiso non deficit alter* ! Dans l'intérêt de la science et de l'humanité, c'est à nous, médecins, qu'incombe le devoir de signaler les dangers, et d'insister sur les moyens qui nous semblent le plus propres à les atténuer et les éviter.

A quelle cause convient-il de rapporter la mort de Sivel et de Crocé-Spinelli? Comment se fait-il que leur compagnon, doué d'une constitution plus délicate, ait pu seul échapper à une funeste destinée? N'était-il pas possible d'éviter un aussi grand malheur, tout en s'élevant à cette altitude extrême? Nous allons nous efforcer de répondre sommairement à toutes ces questions.

La cause de la mort doit être attribuée aux effets, non ménagés, d'un air trop tenu et irrespirable. Les transitions soudaines d'un milieu dans un autre ont déterminé un défaut d'équilibre, qui a eu pour conséquences, la dension des gaz du sang, l'extravasation des humeurs, que n'a pu maintenir dans les vaisseaux, une pression atmosphérique devenue insuffisante. De là la cyanose du visage des victimes, traduisant un état asphyxique; de là les hémorragies, résultant de ruptures du système vasculaire.

La condition à laquelle M. Tissandier a dû son salut, viendrait, selon MM. Bert et Onimus, de la syncope, qui, chez lui, aurait atténué les effets des phénomènes asphyxiques, auxquels ont succombé ses malheureux compagnons. M. Tissandier était à jeun. Il n'en était pas ainsi de ses deux amis, chez lesquels ont dû se développer, à la suite de la digestion, des gaz qui auront contribué, pour une part, à produire l'asphyxie, par le refoulement du diaphragme et la compression du cœur et des poumons.

Une imprudence des aéronautes, nous semble aussi devoir revendiquer une certaine part dans la production de la catastrophe. Pour s'élever à une plus grande hauteur, les aéronautes, à plusieurs reprises, ont jeté, ainsi du reste qu'il est d'usage, des sacs entiers remplis de lest. Ainsi brusquement allégé, chaque fois le ballon s'élançait comme un trait dans l'espace. Il en résultait pour les explorateurs un changement de milieu, auquel ils arrivaient sans passer par un état de transition indispensable. Les liquides de l'économie ne pouvaient donc avoir le temps de s'équilibrer. Pour parer, dans les limites du possible, à ce grave inconvénient, il suffirait, sans doute, de n'alléger que peu à peu l'appareil.

Selon M. Bert, il serait possible de combattre les effets de la raréfaction de l'air en se munissant d'un ballon d'oxygène que l'on devrait respirer, aussitôt qu'un sentiment de malaise en indique le besoin. Les infortunés aéronautes s'étaient bien trouvés de cette précaution dans une ascension antérieure, dans le cours de laquelle ils s'étaient élevés, avons-nous dit, à une altitude de 7.500 mètres. Mais, en outre qu'un sentiment de faiblesse peut ôter à l'explorateur tout sentiment d'énergie, et le rendre impropre à recourir au ballon d'oxygène, s'il ne se trouve absolument à sa portée, il peut arriver, aussi, que la provision de ce fluide devienne insuffisante. Ainsi, dans la dernière ascension du *Zénith*, la provision de gaz respirable devait durer 10 minutes, et le ballon s'est maintenu pendant plus de deux heures à une altitude où son usage n'eut cessé d'être indispensable. Pour parer à de nouveaux dangers il serait de rigueur que la nacelle fût pourvue d'un appareil gazogène pouvant fournir à discrétion cet élément vital de première nécessité.

Donnons un suprême tribut d'hommages et de regrets aux deux martyrs, dont le sacrifice, d'ailleurs, nous en sommes convaincu, ne sera pas stérile. On saura désormais tenir compte des conditions qui leur ont été si funestes, et les progrès certains d'un art, encore dans son enfance, ne tarderont pas à faire connaître les moyens les plus sûrs pour éviter de nouvelles catastrophes.

Le Rédacteur en chef-gérant,
Dr Hamon de Fresnay.

N° 11. — 1er JUIN 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

HOPITAL SAINT-ANTOINE.

Service de M. le Dr DUPLAY.

(*Suite*).

1° Affections osseuses et articulaires.

a. FRACTURE DE LA JAMBE AVEC PLAIE. — *Se laisser guider surtout par l'état des parties molles.* — Dans les fractures compliquées de plaie, ce chirurgien pense que c'est surtout l'état des parties molles qui doit vous indiquer la marche à suivre. Il ne pratique guère *d'amputation immédiate* que lorsque les téguments sont extrêmement contusionnés et déchirés en surface et en profondeur, comme dans les traumatismes de chemin de fer où un phlegmon diffus très-grave est inévitable ; dans ces cas, ce n'est pas l'amputation de la jambe, mais bien celle de la cuisse à laquelle il faut avoir le plus souvent recours, et surtout avant que la fièvre traumatique ne se soit déclarée.

Dans tous les autres exemples où les téguments sont à peu près conservés, quand bien même le squelette est le siége d'une solution de continuité extrêmement comminutive, il tente la conservation du membre — usage des gouttières et attelles plâtrées, pansement humide. — Il n'emploie pas l'irrigation continue.

La même conduite s'applique aux fractures par coups de feu et la question est jugée au moins actuellement en faveur de *l'expectative*, lors même que la fracture est comminutive et que les téguments et les muscles ont subi un désordre assez étendu. Dans le *Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaire* (juillet et août 1874), M. Cuignet, médecin principal, sur 21 cas de fractures comminutives du tibia, a pu obtenir la guérison chez tous ses malades (guérison parfaite 7 fois, résultat passable dans 7 autres, membre hors de service dans les 7 derniers). Dans 13 cas la lésion siégeait en haut, dans 4 au milieu et dans 4 autres en bas.

D'autre part, le professeur Volkmann (de Halle) *London medic. Record* (avril 1873), dit que sur 91 cas de ce genre traités à Trautenau par la conservation du membre, il n'y a eu que 16 décès, soit 17,5 0|0, tandis que 18 traités par l'amputation ont donné 9 morts. Dans la campagne d'Italie, la proportion des pertes des fractures de jambe traitées par la conservation n'a été que que de 17 0|0. — Billroth, à Wissembourg, et Socin, à Carlsruhe, n'ont eu qu'une mortalité de 14 pour 100.

Ce sont évidemment des résultats qui plaident d'eux-mêmes en faveur de la conservation.

b. PÉRIOSTITE PHLEGMONEUSE DIFFUSE DU TIBIA. — *Résection précoce.* — Dans une note académique récente, M. Giraldès a émis cette opinion que dans le cas de

périostite phlegmoneuse diffuse des membres, il était préférable, au lieu d'attendre, de faire la résection osseuse de bonne heure. C'est là un avis que partage entièrement M. Duplay, car en supposant que les malades échappent tout d'abord aux *symptômes locaux* (fusées purulentes, très-étendues sous-périostiques, articulations voisines envahies) et aux *phénomènes généraux* si graves en pareille circonstance (typhus, pyohémie des membres), ils ont encore à lutter consécutivement contre des accidents non moins sérieux (nécrose du tibia baignant complétement dans le pus — séquestre invaginé-cloaques — suppuration prolongée — nécessité d'une opération laborieuse). Il y a donc indication à agir le plus promptement possible. Si les jointures adjacentes sont prises, il ne reste plus que l'alternative entre l'amputation de la cuisse ou la désarticulation du genou, mais si ces articulations sont encore saines, c'est à la *résection sous-périostée* qu'il faut avoir recours.

C'est cette dernière opération qu'il a pratiquée récemment à Saint-Antoine sur deux enfants dans des circonstances un peu différentes.

Chez le *premier*, un garçon de 14 ans, qui avait présenté une ostéite épiphysaire d'un doigt de la main droite, fut pris, un peu après, d'une périostite phlegmoneuse diffuse du tibia gauche ayant débuté par l'épophyse inférieure et dont la marche fut des plus rapides : divers abcès se manifestèrent de bas en haut et nécessitèrent plusieurs incisions à travers lesquelles le stylet arrivait sur l'os dénudé : le tibia baignait en totalité dans la suppuration, mais les jointures voisines n'étaient pas envahies. Les phénomènes généraux offraient également un caractère de gravité des plus intenses. — Ne pensant pas comme Holmes que la pyohémie précède chez ces enfants le développement de la périostite phlegmoneuse diffuse, M. Duplay se décida à intervenir d'une façon hâtive, car le petit malade était en danger de mort.

Une longue incision fut pratiquée sur toute la longueur du tibia, après l'application de la bande d'Esmarch, et le périostile fut décollé facilement. L'os fut sectionné en haut, à une petite distance de son épiphyse et se détacha de lui-même de l'épiphyse inférieure sans qu'on eût besoin d'avoir recours de nouveau à la scie à chaîne : 26 *centimètres de tibia avaient été enlevés*; le membre fut placé dans une gouttière plâtrée; deux mois après *un os nouveau* était presque complétement reproduit, excepté à la partie inférieure où, pendant l'opération, un lambeau de périoste avait été arraché par mégarde.

Chez le *second* (enfant de 15 ans), il s'agissait d'une périostite phlegmoneuse diffuse du radius gauche (partie inférieure). Le malade échappa aux accidents locaux et généraux, mais il restait au bout de 7 semaines avec un membre impotent beaucoup plus volumineux, présentant des fistules et clapiers indiquant la présence d'un séquestre. M. Duplay fit une incision sur le trajet du radius, sectionna l'os à la limite supérieure du mal, et, le détachant en bas au-dessus de son épiphyse inférieure, enleva une longueur de 8 centimètres représentant un séquestre formé par l'os ancien et qui *commençait manifestement à s'invaginer;* si on avait attendu plus longtemps, l'opération, qu'aurait sans aucun doute nécessité l'ablation de ce séquestre, aurait été beaucoup plus laborieuse que celle qui a été faite prématurément chez ce jeune malade.

c. Abcès du tibia gauche (partie infér.). — *Trépanation.* — M. Duplay pense que l'on redoute un peu trop l'usage du trépan dans cette variété d'abcès décrite sous le nom d'*abcès douloureux des épiphyses*, par Brodie et par M. Cruveilhier fils dans sa thèse inaugurale.

Il vient d'employer cette méthode avec succès chez un malade de 27 ans, à Saint-Antoine, qui dans l'espace d'une douzaine d'années, avait présenté sur la face interne du tibia 20 abcès qui s'ouvraient ou étaient ouverts, restaient fistuleux un certain temps, puis se fermaient. — Le 3 janvier 1873, le malade entre pour un nouvel abcès qui s'ouvre et se cicatrise. Les souffrances sont cependant continues, offrent une recrudescence marquée à l'é-

poque des abcès, mais persistent surtout avec un caractère sourd et contus dans la marche et dans la position déclive : pendant la nuit et dans le décubitus elles disparaissent en grande partie. Rentrée le 14 décembre 1874 avec des douleurs plus vives, formation d'un nouvel abcès de la grosseur d'une petite noix : incision cruciale, donnant issue au pus du petit foyer absolument indépendant de l'os : à ce niveau, le périoste est épais et plus adhérent.

M. Duplay applique *une couronne de trépan* à 7 centimètres environ de l'extrémité de la malléole interne et n'obtient aucun résultat : une deuxième couronne fut appliquée à 2 centimètres au-dessous et donna issue à une *cuillerée de pus* renfermée dans une cavité régulière, tapissée d'une membrane rouge tomenteuse et sensible à l'attouchement : l'os n'était pas nécrosé et les parois de l'abcès étaient intactes.— Tube en caoutchouc au fond de cette cavité, guérison en un mois. La cicatrice résultant de l'opération est adhérente, le malade boite encore un peu, mais toute douleur a disparu.

d. Luxation de la rotule (de champ). — *Emploi des griffes de Malgaigne pour la réduction.* — Si les tentatives de réduction faites même avec l'anesthésie chloroformique ne sont pas suivies de résultat, M. Duplay se sert pour ébranler la rotule d'un instrument analogue à la pince à griffes de Malgaigne.

La face antérieure de l'os étant tournée en dedans et le bord interne en bas et en arrière, les griffes sont fixées sous ce bord interne : il parvient alors en produisant des tractions énergiques de dedans en dehors, à dégager le bord interne de la rotule qui reprend sa position normale : chez un malade (Soc. chir. 1870-71), les conséquences de cette réduction furent des plus simples et la guérison s'est maintenue.

e. Luxation de l'épaule (ancienne). — *Emploi des moufles, ne pas dépasser 200 kilogrammes.* — Comme cause d'irréductibilité M. Duplay croit moins à la formation de brides et d'adhérences (comme cela est répété dans les livres classiques) qu'à *l'interposition permanente* soit d'un tendon ou de débris de muscle, ou de l'ancienne capsule qui constituent, en ce cas, une barrière infranchissable : plus on tire, plus l'obstacle acquiert de prépondérance. Ce qu'il faudrait obtenir, c'est la section de cet organe interposé; malheureusement comme on ne sait pas quel il est, il est impossible d'agir pour l'épaule comme on le fait, dans les cas désespérés, pour la luxation du pouce.

Jusqu'à quelle époque a-t-on quelque chance de réussir dans les tentations de réduction? Il est assez difficile de répondre à cette question : à une certaine époque on agissait avec beaucoup plus de hardiesse, mais des faits malheureux se sont produits et on est redevenu timide.

La luxation la plus ancienne qu'on ait pu réduire est le cas d'une luxation de la hanche datant de cinq ans et rapportée par A. Cooper : il s'agissait d'un matelot ayant une luxation iliaque ; des tentatives furent faites en vain, mais sur le refus du malade ne purent être renouvelées : elle fut abandonnée; or, ce matelot étant tombé à l'eau en montant à un mât, fut repêché, et dans un violent effort qu'il fit pour monter à bord, la luxation se réduisit.

La plus ancienne des luxations de l'épaule qui ait été réduite, est celle publiée par Sédillot et datant de 1 an et 15 jours. Les autres datent de 8, 9 mois, la moyenne est de 3 ou 2 mois seulement.

Il y a à cet égard une distinction à établir entre les variétés antérieure et postérieure : ce sont en général les luxations antérieures internes qui ont surtout pu être réduites malgré leur ancienneté. M. Duplay croit que la limite moyenne au-delà de laquelle il est imprudent de faire des tentatives est 3 mois.

Il emploie ordinairement les procédés de douceur qui permettent de tourner l'obstacle, plutôt que d'en triompher par force, et ne fait usage du chloroforme qu'avec beaucoup de circonspection. Il fait cependant usage parfois de moufles mu-

nies du dynamomètre, instrument indispensable pour régler la force que l'on déploie, et de la pince à échappement de Nélaton.

Il engage à ne jamais dépasser le poids de 200 kil. : 100 kil. représentent déjà une force de traction très-raisonnable : il fait d'abord des tractions perpendiculaires au tronc, puis d'autres, le bras placé dans l'élévation ; enfin des tractions en bas : s'il échoue dans ces limites, il ne persévère pas, car les accidents mentionnés dans la science à la suite de ces tentatives sont aussi variés que redoutables : de plus il faut se souvenir que des luxations ne datant *même que de trois jours* ont été complétement irréductibles, le fait est rare, mais M. Duplay le croit d'une vérité absolue.

Une luxation étant irréductible, on doit faire subir au malade un traitement consécutif qui a surtout pour but *la gymnastique* du membre pour rendre les mouvements le moins gênés possible.

2° Affections de la bouche et du cou.

a. Bec-de-lièvre. — *Procédé ostéoplastique intéressant la sous-cloison de l'arcade alvéolaire.* — Dans le bec-de-lièvre unilatéral compliqué de division de la voûte palatine et de l'arcade alvéolo-dentaire, on sait qu'il existe d'habitude, comme déformation, non-seulement un aplatissement considérable de l'aile du nez du même côté, mais encore une disposition vicieuse du squelette, telle que les deux moitiés de l'arcade dentaire ne se trouvent plus sur le même plan, la moitié correspondant au bec-de-lièvre étant le plus souvent rejetée en arrière.

M. Duplay a apporté à l'opération du bec-de-lièvre une petite modification assez ingénieuse à laquelle nous pouvons donner l'épithète d'*ostéoplastique* et qui répond aux deux indications suivantes : corriger l'aplatissement de l'aile du nez en transportant la cloison vers le côté de la solution ; faire son possible pour que les deux moitiés de l'arcade alvéolo-dentaire se correspondent. Voici comment il opère :

1° Il satisfait à la première de ces indications, en sectionnant avec des ciseaux la portion cartilagineuse de la cloison, après avoir préparé les bords de la fissure labiale (il emploie la méthode à double lambeaux rabattus de Clémot), et après avoir pratiqué la dissection rapide de la muqueuse alvéolaire et des adhérences qui peuvent exister : ce premier temps effectué, il est alors facile de ramener le nez en masse, de façon à ce que le lobule se trouve placé sur la ligne médiane ; l'aplatissement disparaît en entier. Si le bec-de-lièvre est simple, il termine par une suture entortillée, en conservant les deux lambeaux labiaux, dont les extrémités libres forment une petite trompe qu'il sera toujours temps de raccourcir, s'il y a lieu.

2° S'il y a de plus, division de la voûte palatine et de l'arcade dentaire, avant de suturer les lambeaux de la lèvre, il corrige la différence des deux moitiés de cette arcade par l'ostéoplastie suivante : il détache de l'extrémité libre de l'une de ces moitiés (la plus antérieure, par conséquent celle du côté sain) un petit tubercule osseux qu'il laisse encore adhérer par sa partie postérieure et qu'il fait basculer pour le suturer avec l'extrémité libre de l'autre moitié de l'arcade, avivée préalablement. Ce dernier temps, comme on le voit, consiste à produire artificiellement une espèce de tubercule médian analogue à celui qui existe dans le bec-de-lièvre bilatéral. — Le fragment détaché, alimenté par les parties molles, se consolide parfaitement en comblant l'énorme hiatus du maxillaire et en régularisant l'arcade alvéovaire.

Dans un cas opéré par M. Duplay, le succès a été si complet, que les germes contenus dans le tubercule fracturé, en grande partie au moins, ont donné naissance à des dents, comme les autres points de l'arcade alvéolaire.

C'est là une modification heureuse ayant pour avantage de favoriser le travail d'oblitération qui doit combler ultérieurement la fissure palatine ; mais elle a l'inconvénient de prolonger la durée de

l'opération et surtout de faire perdre à l'enfant, comme nous en avons été témoin, une quantité de sang considérable, ce qui n'est pas sans danger chez les très-jeunes sujets. C'est en un mot une opération délicate, nécessitant une grande sûreté de main de la part du chirurgien, et dans laquelle la rapidité d'exécution nous semble une condition indispensable à sa réussite.

b. Epithelioma de la lèvre inférieure. — *Emploi de l'instrument tranchant.* — *Incision libératrice.* — Ce chirurgien au lieu d'avoir recours aux caustiques, croit plus simple et plus avantageux de se servir du bistouri. Il fait saisir par les doigts d'un aide les deux côtés de la lèvre de façon à comprimer l'artère coronaire et enlève la tumeur en la circonscrivant par une incision en V ou plutôt par une double incision curviligne en C renversé. S'il existe en même temps que le néoplasme de la lèvre un ou deux ganglions médians sus-

hyoïdiens, il en pratique également l'extirpation en faisant partir du milieu de la convexité de l'incision curviligne *a* une seconde incision verticale *a b* qui permet d'arriver sur ces ganglions. — Au point de vue de la conformation ultérieure de la région, il croit préférable d'employer ce procédé à cet autre qui consiste à faire une incision isolée sur les ganglions dégénérés. — Rapprochement des surfaces cruentées et réunion par suture entortillée. — Un fait d'observation est que les pertes de substance qui paraissent au premier abord très-considérables et devoir rétrécir notablement l'orifice buccal, ne donnent lieu la plupart du temps, après la cicatrisation, qu'à une diminution fort minime de cet orifice et qui ne gêne en rien les fonctions de la cavité buccale.

c. Rétrécissement de l'œsophage. — *Dilatation à l'aide de grosses bougies.* — Les rétrécissements spasmodiques de ce conduit sont plus fréquents, selon M. Duplay, que ne le disent la plupart des auteurs. Ils sont susceptibles de se laisser vaincre par un cathétérisme répété et à cet effet, il fait usage de grosses bougies en gomme élastique à bout olivaire et de plus en plus volumineuses. Il n'a pas eu occasion d'expérimenter la méthode de dilatation par les olives aplaties de M. Chassaigny que nous avons citée dans notre avant dernier Répertoire. Voici comment il procède:

Après avoir introduit un doigt au fond de la gorge pour abaisser fortement la base de la langue, il introduit la grosse bougie élastique jusqu'à la paroi pharyngienne, puis il la pousse doucement dans le conduit œsophagien ; s'il se trouve arrêté, il ne va pas plus loin, il attend avant de donner une nouvelle propulsion à la bougie; si l'obstacle résiste toujours il laisse cette dernière en place et charge le malade de la pousser elle-même peu à peu : cette manœuvre gêne fort médiocrement le larynx et ne produit que de rares mouvements de déglutition ou de régurgitation. On a bien soin d'attacher un ruban à l'extrémité extra-buccale de la bougie.

d. Perforation de la voute palatine. — *Méthode de M. Baizeau.* — C'est à la méthode de M. Baizeau, à double pont, qu'il a recours : les incisions latérales sont reportées le plus près possible des arcades alvéolo-dentaires et les lambeaux sont détachés avec une rugine. — Nous lui avons vu opérer à Saint-Antoine par ce procédé, un garçon de 32 ans chez lequel une gomme palatine avait laissé une perforation à la suite de l'issue d'une esquille ; ce malade avait également présenté un coryza chronique. — Le passage de trois fils métalliques avait suffi : il n'était survenu aucuns phacèle et 48 heures après l'opération, l'orifice était complétement fermé. — Il est bon de recommander en pareil cas, au malade, de rester dans le décubitus dorsal après l'opération pour permettre aux mucosités de s'écouler dans le pharynx, de peur qu'elles n'entravent la réunion des bords de la plaie.

Lymphadénome et lympho-sarcome parotiden. — *Intervention chirurgicale.* — Autrefois tout engorgement ganglionnaire chronique était regardé comme le résultat d'une irritation primitive (cuir chevelu, œil, nez, oreille, etc.). Cette doctrine défendue surtout par Velpeau, est évidemment beaucoup trop exclusive. Il en est qui sont parfaitement primitifs, appartenant à ce *groupe d'hyperplasie* nouvellement décrit, qui offre encore quelques obscurités, mais qui ne peut se rapporter directement ni à la scrofule, ni à l'inflammation, ni au cancer proprement dit. Ces hyperplasies se présentent à nous sous diverses formes qui se trouvent en rapport avec la structure intime du ganglion lui-même, en effet ce dernier se compose, d'une façon générale :

a. D'un *réticulum* de tissu conjonctif;

b. Éléments figurés (*éléments cellulaires*).

Or, dans une *première variété* il y a hyperplasie simple, *lymphadénome*, c'est-à-dire développement régulier et égal de ces deux éléments, le réticulum conjonctif et l'élément cellule prenant simultanément de l'extension. Au point de vue de la *thérapeutique* et du pronostic, ce premier degré offre déjà une gravité différente suivant que l'affection reste limitée au ganglion ou a tendance à envahir une grande surface et à se généraliser. L'histologie ne révèle pas pour quelle raison tantôt la maladie reste localisée, tantôt elle prend au contraire une plus grande extension.

Dans une *deuxième variété*, c'est l'un des deux éléments précédents qui se développe outre mesure, on a alors le *lympho-sarcome*, lympho-sarcome *dur* de Ranvier (à réseau large et épais), quand c'est l'élément conjonctif qui prédomine, lympho sarcome *mou* ou *à grosses cellules* des Allemands, quand c'est l'élément cellulaire.

Eu égard à la thérapeutique, il serait important de pouvoir dire si on a affaire, en clinique, à un lymphadénome qui restera localisé, ou à un lympho-sarcome susceptible de se généraliser Or, c'est là un point du diagnostic très-délicat et qu'il est impossible de préciser.

Quant à l'intervention chirurgicale, elle est jugée différemment par les chirurgiens de notre époque. Ainsi M. Trélat n'est pas d'avis que l'on touche à ces sortes de tumeurs, par la raison qu'il en a enlevé bon nombre et qu'il a observé des morts à la suite de généralisation. M. Verneuil, d'autre part, professe une opinion totalement différente et il croit qu'en intervenant de bonne heure il est, jusqu'à un certain point, possible d'empêcher la généralisation. C'est là du reste une question qui ne sera jugée que plus tard, lorsqu'un grand nombre de faits viendront plaider en faveur de l'une ou de l'autre de ces méthodes thérapeutiques.

M. Duplay, en pareil cas, pense que, dans le doute, il vaut mieux agir et se régler suivant la situation et les rapports de la tumeur, surtout quand on a affaire à une tumeur de la région parotidienne. Il opère quand la maladie reste limitée et ne semble pas avoir tendance à l'envahissement des parties voisines, parce qu'il y a dans la science des exemples où l'ablation n'a pas été suivie de généralisation.

La pommade à l'*iodure de potassium* et le *phosphore* à l'intérieur ont été également conseillés pour les tumeurs de cette nature.

(*A suivre.*)

Dr Gillette.

HOPITAL St-LOUIS.

Clinique de M. Hillairet.

Du pronostic dans les affections cutanées.

La question du pronostic n'a pas été étudiée par la plupart des dermatologistes, et c'est un tort car si dans leurs formes les plus ordinaires, ces maladies n'entraînent pas la mort du malade, la longueur de la durée de la plupart et l'incurabilité absolue de quelques-unes présentent un vif intérêt pour le praticien auquel cette question est posée, on peut le dire, par chaque malade.

Ici, comme dans l'étude du diagnostic des maladies de la peau, il est important

de se reporter à l'étude de la lésion primitive, car à de rares exceptions près, chaque groupe présente son caractère particulier de gravité.

Les affections du groupe colorations ou taches n'ont pas généralement de gravité, et leur durée n'est que de quinze jours à trois semaines. La rougeole, la scarlatine et l'érysipèle peuvent cependant faire exception à cette règle, mais leur étude n'est pas du domaine de la dermatologie. Le purpura simplex n'a aucune gravité, mais lorsque le purpura survient avec une certaine intensité dans le cours d'une fièvre, il est un indice de la terminaison fatale. D'une manière générale, les affections caractérisées par les colorations de la peau sont très-souvent liées à la diathèse arthritique, qui comprend la trilogie de la goutte, du rhumatisme et de la gravelle, et dans ce cas, leur valeur pronostique comme état diathésique est liée à celle de ces affections dont elle est la caractéristique.

Parmi les affections vésiculeuses, l'eczéma est de beaucoup la maladie dominante et en même temps celle qui présente le plus de gravité : c'est la manifestation d'un état général, et un individu qui en a été porteur peut toujours en voir reparaître les manifestations. La marche n'est pas régulière et se fait par poussées aiguës avec intervalles de repos et de chronicité de la maladie.

Les affections pustuleuses : l'impétigo, l'ecthyma, présentent plus de gravité, et leur pronostic est lié à l'état général du sujet et à la diathèse qui les tient sous sa dépendance ; elles ont, de même que les affections vésiculeuses, une très-grande tendance à la récidive.

Les affections tuberculeuses ont plus de persistance, mais moins de tendance à la récidive.

Parmi les affections squameuses, le psoriasis dure autant que l'existence du malade, depuis quinze ans qu'il est chef de service à l'hôpital St-Louis, M. Hillairet n'a jamais vu un seul cas de guérison de psoriasis. Il a certes, procuré de l'amélioration et même des guérisons chez beaucoup de psoriaques, mais ces malades n'étaient que blanchis et la guérison ne se maintenait pas au-delà de quelques années comme plus long délai.

Les lésions secondaires ont aussi leur valeur pronostique, ainsi la croûte épaisse d'une syphilide annonce l'approche des accidents tertiaires ; les croûtes jaunes, mielleuses de l'impétigo sont d'un pronostic beaucoup plus favorable.

Les affections à parasites animaux se guérissent très-rapidement, mais il n'en est pas de même des parasites végétaux, dont la durée est très-longue et que l'on ne parvient même à guérir que lorsque l'on est parvenu à refaire la constitution du sujet ; souvent les meilleurs traitements ne produisent la guérison qu'après plusieurs années de traitement.

D'après l'âge, le pronostic varie : chez les enfants, la durée est longue mais sans gravité ; pendant la période moyenne de la vie, à part quelques affections rares heureusement, le pronostic est favorable; mais il n'en est pas de même dans un âge plus avancé, car chez un vieillard, le pronostic d'une maladie de peau est toujours grave.

La constitution du malade a une influence capitale sur la marche et la durée des maladies de peau. Une constitution débile semble le terrain le meilleur pour leur épanouissement, et celà est tellement vrai que dans beaucoup de cas, il est impossible d'obtenir d'amélioration avant d'avoir préalablement modifié l'état général du malade. Les herpétiques ont des maladies de peau d'une ténacité beaucoup plus grande. Les affections arthritiques sont moins longues, mais la répercussion est souvent à craindre. Les scrofuleux ont des manifestations d'une durée excessivement longue. Il semble que certaines des croûtes dont ils sont porteurs, fassent partie de leur individu, tellement on est habitué à les leur voir semblables et sans modification.

Les affections carcinomateuses et léproïdes sont incurables et mortelles.

La suppression brusque des maladies de peau peut-elle amener des répercussions?

A la théorie des métastases, dont les médecins de l'ancienne école avaient quelque

peu abusé, a succédé un scepticisme aussi exagéré que l'opinion précédente. Le plus sage est, je crois, de n'exagérer dans aucun sens. Ainsi il n'est pas un dermatologiste qui n'ait vu des accidents graves survenir chez un malade atteint de suffocation, d'un eczéma dont la suppression s'est faite brusquement à la suite d'un bain froid. Dans un cas de pytiriasis rubra de la poitrine, chez une jeune fille de 16 ans, on fait disparaître l'affection cutanée, et aussitôt survient une hémoptysie qui ne cède qu'à la réapparition du pytiriasis. Deux ans plus tard, cette jeune fille, privée jusqu'à ce jours des plaisirs du bal, par la présence de ce pytiriasis, se décide à suivre un traitement pour faire disparaître cet inconvénient : le pytiriasis disparaît brusquement, et l'hémoptysie recommence.

Est-il donc des affections de la peau que l'on ne doit pas guérir ? Oui.

Dans les affections goutteuses, la suppression de la maladie de peau s'accompagne toujours de répercussion sur les articulations malades et se caractérisant par un accès de goutte. De même chez les vieillards, il faut être très-sobre de traitement dans les affections cutanées, et surtout avoir soin de leur faire prendre des purgatifs, de l'eau-de-vie allemande.

Revue chronique et thérapeutique de quelques maladies du service.

Acné sebacea. — Croûte noirâtre adhérente, sèche, fendillée, difficile à détacher, mais sans ulcération ni absence de l'épiderme ; lorsque ces croûtes sont enlevées on voit l'épiderme aminci avec de larges follicules béants ; ce sont des amas de graisses sans débris épidermiques et solubles dans l'éther. Ce sont des affections très-persistantes et difficiles à guérir. Chez certains vieillards à peau sèche, leur apparition précède souvent des productions épithé-liomateuses des lèvres.

Traitement long et comprenant deux genres d'indications :

1° Enlever les croûtes.

On emploie dans ce but les liquides qui dissoivent ou émulsionnent les graisses ainsi que ceux qui les ramollissent :

Douches de vapeur et cataplasme.

Solution de chlorate de soude.

Ou bien solution de bicarbonate de soude en ayant soin d'y ajouter un peu d'alcool ou mieux d'éther.

2° Employer les substitutifs :

Solution d'alcool camphré et de borate de soude.

Huile de cade en frictions.

Ou badigeonnage de teinture d'iode.

Voici le traitement formulé par Hillairet :

Tisane amère.

Douche de vapeur.

Laver plusieurs fois par jour avec la lotion suivante :

Borate de soude.	15 grammes
Éther.	10 —
Eau.	250 —

Dans l'intervalle faire des applications de cataplasme.

Psoriasis syphilitique du pouce. — Ce malade, en plus de son psoriasis syphilitique du pouce, avait d'autres manifestations cutanées de la syphilis. Pour tout traitement local M. Hillairet lui a fait appliquer un *emplâtre de Vigo* autour du pouce. Au bout de trois semaines le psoriasis du pouce va beaucoup mieux, tandis que les autres manifestations ne se sont pas améliorées. C'est donc là un résultat magnifique obtenu par l'emplâtre de *Vico cum mercurio.*

Psoriasis carné de la langue ; acide chromique. — Il emploie la solution avec :

Eau distillée	24 grammes
Acide chromique	3 —

Ce degré de concentration est suffisant pour obtenir une rapide amélioration dans le psoriasis de la langue, en ayant soin de faire une ou deux applications par jour.

Psoriasis des bras et des genoux. — L'école anglaise et l'école allemande ne font usage que du traitement externe et surtout les sulfureux et les bains savonneux. L'école française fait usage en

même temps d'un traitement interne, et M. Hillairet ne néglige jamais l'emploi simultané de ces deux ordres de traitement.

D'abord les bains émollients pour faciliter la chute des squames et des graisses. Il ne faut pas ensuite négliger les bains de vapeur qui sont indispensables pour congestionner le réseau capillaire et pour activer l'action des glandes sudoripares et sébacées.

En même temps il ordonne :

Granules d'arséniate de soude à 1 milligramme.

6 à 8 par jour.

L'arsenic a la propriété de modifier heureusement la sécrétion de l'épiderme.

Dans le psoriasis arthritique, il faut prendre en plus des bains alcalins et bicarbonate de soude, 20 grammes, en 5 paquets, 1 paquet dans chaque litre d'eau pour boire au repas.

Puis il faut faire des frictions avec *l'huile de cade* pure, que l'on continue jusqu'à disparition des squames et de la coloration.

Dr CADIER.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Maladies dans lesquelles on emploie le colchique (1).

GOUTTE. — Le colchique sous le nom d'*hermodacte*, jouissait, au temps des médecins grecs et arabes, d'une grande réputation comme remède contre les affections arthritiques. Signalé pour la première fois par Alexandre Tralles (vers 560), il fut mentionné par Paul d'Egine, Avicenne, Sérapion et Mésué et vanté par Paracelse, Sennert et Fernel dans l'arthritis (goutte et rhumatisme). Il est difficile de ne pas reconnaître le colchique dans ce que dit (vers 647) Paul d'Egine de l'hermodacte contre les affections articulaires : « Il est, dit-il, des médecins qui, dans les attaques de » toute maladie articulaire, ont recours à » l'hermodacte à titre d'agent purgatif ; » mais il y a lieu de remarquer que l'her- » modacte agit sur l'estomac d'une manière » fâcheuse, produisant des nausées et de » l'anorexie ; c'est pourquoi il convient de » l'employer seulement chez les gens très- » pressés de se guérir. Cette substance pos- » sède, en effet, la propriété de faire dispa- » raître très-rapidement, dans l'espace de » deux ou trois jours au plus, la fluxion ar- » ticulaire; si bien que les malades se trou- » vent bientôt à même de reprendre leurs » occupations. » (*Opera*. L. III, p. 426. Lugdun., 1567.)

Le colchique ne fut employé en médecine, sous son nom, qu'à partir du siècle dernier et c'est Storck qui en 1763, l'a le premier introduit dans la thérapeutique et conseillé contre la goutte. Il le donnait uni au miel et au vinaigre.

Bientôt après Storck, Wandt, en Angleterre, préconise une teinture de colchique comme un puissant antiarthritique : Bulbes, 125.00; alcool, 190.00; faites macérer pendant une semaine, passez avec expression, filtrez et conservez. — Everard Home se sert du vin, 60 à 70 gouttes. A cette dose, il peut produire des nausées; les accès cessent en devenant plus rares. Evard Home n'hésite pas à le regarder comme un spécifique qui agit en diminuant la fréquence du pouls. Il en a fait usage lui-même pendant dix-sept mois. — Lignum rapporte l'observation d'une dame qui, au quatrième jour d'un acccès, prit 8.00 de teinture en trois doses et autant le lendemain; elle fut guérie presque aussitôt n'ayant eu qu'une selle (*Bibl. méd.*, T. 51). Un médecin, retenu depuis un mois au lit par la goutte, fut guéri en deux heures par une cuillerée et demie de vin de colchique dans de l'eau de menthe (*Bibl. méd.*, T. 77). Chélius constate les bons effets du vin de semences; il remarque que, sous son influence, les urines contiennent plus d'urée et d'acide urique, et il voit là la cause de la disparition des tophus déjà notée par Lobstein. — Hufeland préconise aussi le colchique et ses préparations. — Koller lui accorde une efficacité évidente, mais seulement au début et lorsqu'il n'y a pas de fièvre intense. — Scudamore tout en

(1) Suite. Voir les numéros du 15 avril, 1er et 5 mai.

regardant le colchique comme un remède incertain et quelquefois même dangereux, l'a beaucoup employé. Il préfère l'extrait acétique de la racine, dont cinq centigrammes équivalent à 4 grammes de vinaigre, comme mieux supporté par l'estomac et le prescrit en pilules de dix centigrammes, une à six par jour jusqu'à effet purgatif. — Krichow cite trois cas de guérison par le vin de semences : semences, 60.00 ; vin de Malaga, 500.00; dose, une cuillerée à café par jour (*Rust's magaz.*, 1825). — Consbrach donne avec avantage la teinture de bulbes. — Bart n'a jamais vu résister un accès de goutte à 60 gouttes de vin de colchique (*On stricture in the uretra*, t. III) — Gumpert vante beaucoup la teinture de semences et les frictions avec l'huile essentielle de sabine (*J. Huffeland*, 1826) — Sir Bancks a parfaitement démontré l'efficacité du colchique pour dissiper un accès de goutte sans avoir besoin de produire aucune évacuation sensible. —

Contrairement à l'opinion de Bancks, Simmons, d'après sa propre expérience, et Bardsley, d'après ce qu'il a vu, croient que ce médicament ne procure que peu de soulagement jusqu'à ce qu'il ait produit la purgation. — Quand la douleur goutteuse est fixée sur un point, H. Halfort donne une mixture saline camphrée avec addition de 35 à 45 gouttes de vin de colchique, et, le lendemain, 25 gouttes de vin de colchique avec sirop de pavot, 10 grammes et 4 grammes, de sel d'Epsom. Après plusieurs jours de ce traitement, une pilule d'extrait de colchique de 0.15; poudre de Dower, 0.05 ; extrait de coloquinte 0.05. S'il survient à de longs intervalles quelques rechutes, entretenir le ventre libre avec un peu de rhubarde et de magnésie, y joindre des soins hygiéniques et une saison aux eaux (*Lond. med. and phys. J.*) 1832). D'après Sachs et Dulk (t. II. 1833) l'emploi du colchique convient dans les cas ou les accès goutteux sont accompagnés d'un certain degré d'excitation générale et où l'inflammation locale est moins intense. Là où la fièvre et l'inflammation sont violentes et au plus haut degré, le colchique n'est nullement indiqué. Quand la fièvre est moins forte ou à son déclin, le colchique favorise les efforts critiques, calme les douleurs et souvent les désordres consécutifs de la fièvre. Ils recommandent la teinture et le vin par doses réfractées, le premier à 4 —12,00; le second à 12—25,00 par jour. — Salvat de Renzy préconise le colchique parce qu'il évacue par des urines abondantes et troubles l'acide urique cause matérielle de la maladie (*Filiat. sebezio di napoli*, 1835). — J. Roque (*Bull. de thér.*, 1835) prescrit, teinture de bulbe: 16,00 ; teinture de semences, 8.00; sirop de limon, 120.00; mêlez et prenez par cuillerées dans une tasse de mélisse. — Dans les premiers paroxysmes et dans une grande irritation vasculaire, Copland (1837) conseille : infusion de séné, infusion de girofle de chaque, 25.00; magnésie calcinée, 4.00, teinture de bulbes, 25 gouttes (ou a cétate de colchique, 2.00.), teinture de capsicum, 2.00; faites une potion. A prendre trois potions pareilles dans la journée. — Giacomini pense que dans la goutte le colchique agit surtout comme calmant la sensibilité. Au vin et à la teinture il préfère la poudre, la décoction, la pommade (*Thérap.*). — Le colchique est le véritable spécifique de la goutte rhumatismale. On donne la racine (bien conservée) en poudre à la dose de 0,40 par heure dans une boisson mucilagineuse ou aromatique. Suivant l'état de l'estomac on réitère la dose jusqu'à ce qu'elle ait produit un vomissement actif, une purgation copieuse ou une transpiration abondante ou au moins jusqu'à ce que l'estomac n'en puisse plus supporter ; l'essentiel est que l'estomac puisse en supporter le plus possible.

Le point de saturation de l'économie par le remède varie de 150 à 360 grammes. Quand l'état de nausée excité par le colchique a duré quelques heures, toute souffrance a cessé, l'inflammation des articulations s'apaise et elles reprennent leur forme normale avec une rapidité merveilleuse. L'acidité de la transpiration a disparu. Le malade doit peu manger dans les premiers temps du traitement. Les rechutes sont très-rares (Wigan, *Lond. med. Gaz.*, 1838). — Forget vante comme très-efficace une potion composée de vin de colchique, 30,00; infusion de camomille,

120,00; eau distillée de laurier-cerise, 5,00; sirop de sucre, 30,00; par cuillerée chaque deux heures. Les premières prises provoquent souvent des vomissements et des selles qui peuvent avoir de graves inconvénients. Il faut donc surveiller l'administration de ce remède. — Lewins, dans un excellent travail sur le colchique contre la goutte, dit qu'il donnait le vin de semences jusqu'à 170 gouttes par jour, d'après le conseil de son père qui recommande de ne jamais dépasser cette dose. D'après ses observations, la goutte cède facilement (*The Edinb. med. and surg. J.*, 1841). Pour Fiévée, le colchique est à la goutte ce que le quinquina est aux fièvres intermittentes. Il le prescrit à fortes doses, 3 à 4 grammes de teinture de bulbe de 3 en 3 heures dans une tasse d'infusion aromatisée. Quand l'estomac ne le supporte pas, il le donne en lavement à doses doubles. Pour guérir, il doit produire des selles nombreuses ou au moins des sueurs ou des urines abondantes. N'est-il pas remarquable, dit-il, de voir un goutteux immobile, délirant de douleur, partir de son lit à la seconde garde-robe, et dédaigner le bâton dès que la cinquième est arrivée. Il ne guérit d'une manière certaine que quand la goutte est fixée aux articulations. La goutte erratique lui est souvent rebelle. — Cocheux avec la teinture qui porte son nom prétend avoir débarrassé le colchique de son principe drastique, principe qui serait nuisible suivant lui. — Dorvault croit l'action du colchique fort variable et qu'il est toujours prudent de commencer par des doses modérées (*Off.*). — Cas. Smith accorde une grande efficacité au colchique, mais il lui reconnaît une vertu avant tout purgative. Presque toujours, dit Smith, les paroxysmes de la goutte sont compliqués d'une légère congestion du foie et d'une accumulation de bile dans les voies digestives. Il est donc utile et même indispensable de prescrire soit un purgatif, soit un vomitif. Il fait précéder son usage du calomel, 0,50 à 1,00 (*Gaz. méd. de Strasb.*, 1849). — Levrat de Lyon se sert dans la goutte et le rhumatisme de la préparation préconisée par Scudamore; l'extrait acétique qu'il donne, dissous dans du vin d'Espagne de 0,05 à 0,10 d'extrait dans 15,00 de vin. Il préfère cette préparation aux pilules (*Acad. de méd.*, déc. 1850). — Pritterich commence le traitement de l'accès par l'alcoolature d'aconit; mais si la première articulation se dégonflant, une autre se prend, il donne la teinture de semences de colchique, douze à dix-huit gouttes chaque jour en quatre fois. L'accès se termine ordinairement alors du 7e au 9e jour. Si plusieurs petites articulations sont prises, avec fièvre, il faut donner le sulfate de quinine comme dans le rhumatisme articulaire aigu et si le gonflement ne tombe pas, on donne le colchique (*Neue med. Zeitung*, 1850). Copland, adversaire du colchique, l'accuse de rendre les accès plus fréquents, d'augmenter les phénomènes qui annoncent l'approche des accès, troubles nerveux, débilité gastrique, torpeur, irrégularité des fonctions biliaires intestinales, céphaliques, etc. — Holland, partisan du remède, regarde ces accusations comme non fondées et pense qu'on peut en faire usage comme préservatif et curatif. D'après les résultats d'une longue expérience, il assure que les effets du colchique sont des plus remarquables et des plus décisifs, non seulement dans la goutte aiguë, dans la goutte régulière, mais encore alors même qu'il s'agit des manifestations chroniques de la diathèse goutteuse, par exemple dans les cas *d'ophthalmie* et de *bronchite goutteuse*, enfin dans certaines formes de *céphalalgie* liées au même état diathésique. — Maclagan qui fait ces deux citations est porté à lui attribuer de l'efficacité par l'action qu'il a sur la sécrétion rénale où il augmente la quantité d'urée et la tendance que les reins ont chez les goutteux à sécréter de l'acide urique. Il pense que les effets du colchique sont dus en partie aux changements qu'il détermine dans les qualités chimiques du sang et des sécrétions qui en dérivent (*Mouthly J. of. med.* 1852). — Oesterlen conseille la potion suivante : teinture de semences de colchique, 15,00; teinture d'opium, 4,00; magnésie, 8,00; saccharate de cannelle, 12,00; eau de sureau, 100,00; teinture de rhubarbe aqueuse, 30,00. Toutes les trois heures deux cuillerées à bouche (1853). —

Voici la conclusion de l'ouvrage de Bentley-Tood sur la goutte et la céphalalgie goutteuse : — 1° Le colchique ne doit pas être donné dans la forme asthénique de la goutte; — 2° Il ne doit jamais être administré seul au début d'un paroxysme et on ne doit le faire prendre qu'après avoir évacué les intestins par de doux purgatifs; — 3° On ne doit d'abord l'administrer qu'à petites doses, que l'on augmente successivement et peu à peu ; et non à des doses susceptibles de provoquer des nausées, des vomissements ou des purgations, car ces différents effets sont défavorables à son action curative; — 4° On peut le considérer comme avantageux lorsqu'il augmente la sécrétion urinaire et l'évacuation de la bile, lorsque les matières fécales sont fermes, mais enduites de mucosités et que la peau est le siége d'une sécrétion abondante; — 5° Les effets du colchique doivent être surveillés, parce que comme la digitale et quelques autres médicaments, il est susceptible de s'accumuler dans l'organisme; — 6° Il est surtout utile dans la forme sthénique de la goutte, chez les constitutions robustes et pendant la jeunesse; il est au contraire à peine admissible chez les individus âgés et qui ont déjà eu plusieurs accès de goutte; car, chez ces derniers, la maladie est trop enracinée pour que l'emploi temporaire des médicaments puisse exercer quelque influence sur elle. (*Clinical lect. the on dis. of urinary organs, London*, 1857.)

Quand l'accès est arrivé, dit Galtier-Boissière, il ne faut pas suivre le préjugé populaire qu'il ne faut pas tourmenter la goutte et qu'alors elle n'est pas méchante. Funeste croyance, qui a produit bien des malheurs. Il faut agir au contraire et avec énergie. Le colchique figure en première ligne; c'était le spécifique des anciens sous le nom d'*hermodacte*. La préparation de Galtier-Boissière est composée de 1 partie de semences de colchique concassées et 8 parties d'alcool à 33°. Il commence par 1 gramme de cette teinture divisé en quatre doses; une dose toutes les deux heures dans une tasse de thé ou de café faible que l'on peut sucrer. Quel que soit l'effet, il suspend le colchique et donne le second jour 1 gr. de sulfate de quinine, rendu soluble par l'eau de Rabel, à prendre dans de l'eau en quatre doses, une toutes les deux heures. Pour ménager l'estomac, ces doses peuvent être données alternativement par la bouche et en lavement. Si l'effet n'est pas atteint, le troisième jour on reprend le colchique, en augmentant chaque fois la dose d'un quart, et en ayant soin de ne le donner que tous les deux jours alternativement avec le sulfate de quinine, jamais à plus d'un gramme par jour. Dès qu'il se manifeste une diaphorèse et une diurèse abondantes, qui habituellement sont suivies d'un grand soulagement, on s'arrête. Jamais Galtier-Boissière n'a dépassé 6 gr. de teinture par jour en 4 doses prises de trois heures en trois heures et étendues dans le double de liquide. Aussitôt que les mouvements musculaires peuvent se faire quelque peu, on doit suspendre le traitement et recommencer l'exercice musculaire avec le plus d'énergie possible. Il faut s'alimenter, mais peu pendant le traitement de la goutte — Les préparations de colchique, dit Gendrin, doivent être administrées à petites doses; on peut les aider de l'administration de purgatifs doux répétés. Dans le cas de cachexie goutteuse très-prononcée, elles peuvent amener une lésion goutteuse interne ou une affection des voies digestives; aussi le colchique doit-il être réservé pour les premières atteintes de la goutte. (*Rev. de thér.*, 1859.)

Le célèbre praticien anglais Watson, dans ses *Leçons de médecine pratique*, a plus de confiance dans cet agent. Suivant lui, le colchique, pour peu qu'il soit administré d'une manière convenable, peut être à bon droit considéré comme un véritable spécifique de la goutte aiguë. Plus loin, il ajoute : « Ce médicament calme » d'une manière presque magique les » douleurs de goutte; c'est là un fait in» contestable. En quoi consiste, en pareil » cas, son action sur l'organisme? C'est ce » qu'il est plus difficile de décider. On » sait qu'il peut déterminer des nausées, » de la diarrhée et de la prostration; mais » ses effets curatifs ne sont nullement su» bordonnés à l'existence de ces symp» tômes. Après son administration, la » brusque disparition de l'inflammation

» goutteuse est quelquefois le seul phéno-
» mène qui se laisse apercevoir. Aujour-
» d'hui le malade est perclus, en proie
» aux plus atroces douleurs; la jointure
» est tuméfiée, chaude et rouge; demain,
» il pourra se trouver tout à fait bien, en
» état de marcher. Le colchique est un
» parégorique par excellence. » Relative-
ment à l'emploi du colchique dans les cas où la goutte tend à prendre la forme chronique, Watson s'exprime ainsi : « Je crois
» que la meilleure méthode à suivre, pour
» chasser le mal de ses derniers retran-
» chements, est de continuer à administrer
» le colchique à petites doses, pendant un
» certain temps : 3 grammes de vin de
» colchique, par exemple, répétés deux
» ou trois fois par jour. » Enfin Watson est d'avis que l'administration judicieuse du colchique dans l'intervalle des accès de goutte peut être suivie des meilleurs résultats. « Je crois, dit-il, qu'il est possible
» de faire disparaître les reliquats que
» laisse après lui l'accès de goutte, par
» l'emploi continu du colchique à doses
» altérantes, c'est-à-dire capables de pro-
» duire l'effet thérapeutique d'une ma-
» nière graduelle et insensible. Mais je
» crois, en outre, qu'en administrant le
» colchique suivant cette méthode, dès la
» première apparition des symptômes pré-
» monitoires, on parviendrait souvent à
» prévenir le développement des accès. »
Dans la goutte, comme dans le rhumatisme, Watson prescrit 40-60 gouttes de vin de colchique dans une potion saline à prendre le soir en se couchant et 2 gr. le lendemain matin dans une potion noire purgative. — Barlow préfère avec la plupart des médecins la teinture de semences comme plus uniforme dans sa composition et plus certaine dans ses effets : 20-30 gouttes jusqu'à ce que les douleurs soient calmées ou que le remède ait produit la purgation ou la diurèse. — Gairdner dit que le colchique n'agit jamais plus efficacement que lorsque ses effets sont silencieux et calmes; lorsqu'il ne provoque aucun trouble, aucune évacuation. — Joyeuse regarde le colchique comme spécifique et ses insuccès comme dus le plus souvent au vice de préparation du médicament ou souvent aussi au mauvais mode d'administration. Il conseille le saccharure de fleurs comme la meilleure préparation à dose moyenne de 4 grammes par jour, fractionnés en dix paquets à prendre d'heure en heure. Il emploie en même temps l'extrait dissous dans un véhicule quelconque en frictions sur les parties douloureuses. Deux ou trois jours suffisent pour guérir un accès de goutte. Il vaut mieux éviter l'effet purgatif; c'est par son action sédative qu'il agit (*Gaz. méd. de Strasb.*, 1860). — Lippert (1862) prescrit contre les attaques de goutte et de rhumatisme les fleurs récentes en poudre à la dose de 0,15 pour une prise. Une le matin et une le soir.

Trousseau et Pidoux ne croient pas le colchique beaucoup plus utile qu'un autre drastique (*Thérap.*). Ce qui prouve que si le grand maître raisonnait sur tout, il n'avait pas tout expérimenté.

Nous résumerons tout ce qui a été dit sur le colchique dans la goutte, en résumant ce qu'en a dit Garrod qui a si bien étudié la nature, les formes et le traitement de la goutte et qui donne à cet égard des règles et des préceptes qui ne doivent pas être oubliés. « Quelle que soit, dit-il, la
» préparation dont on fasse usage, le
» colchique exerce une action puissante
» et favorable sur l'évolution de l'inflam-
» mation goutteuse; c'est là un fait qu'il est
» impossible de méconnaître. L'influence
» du colchique n'est pas limitée exclusi-
» vement aux phénomènes de la goutte
» articulaire, elle se montre encore toute-
» puissante contre les formes larvées et
» irrégulières de la goutte; » et après avoir donné l'opinion de Holland il ajoute :
« Mes propres observations sur ce sujet con-
» cordent pleinement avec celles de ce pra-
» ticien distingué, et j'irais même jusqu'à
» affirmer que les seuls effets du colchique
» sur la marche de l'inflammation goutteuse
» permettent quelquefois de distinguer la
» goutte de toutes les affections qui s'en
» approchent.

» Plusieurs médecins ont émis l'opinion
» que le colchique n'agit dans la goutte
» qu'en raison de ses propriétés purgatives.
» Mais c'est là une manière de voir que

» ne partagent pas ceux qui ont expéri-
» menté ce médicament sur une grande
» échelle et qui se trouve en opposition
» avec les résultats de mes observations.
» Je puis alléguer tout d'abord que le sou-
» lagement qui résulte de l'emploi du
» colchique ne se produit pas sous l'in-
» fluence des plus fortes purgations dé-
» terminées par d'autres subtances; j'ai
» remarqué, de plus, qu'un amendement
» rapide des plus vives douleurs de la
» goutte peut suivre l'emploi du colchi-
» que sans qu'il survienne aucune évacua-
» tion diarrhéique. »

Garrod recherche comment le colchique peut agir si efficacement sur la goutte et ne le trouve ni dans son action purgative, où vomitive, ni dans ses effets sédatifs, ni comme sudorifique ou diarrhéique, ni en chassant par les urines l'urée et l'acide urique. Il se borne à constater que son action est des plus puissantes. « Pour
» mon compte, dit-il, je ne craindrai pas
» d'affirmer que le colchique exerce sur
» l'inflammation goutteuse une action spé-
» cifique comparable à celle que le quin-
» quina exerce sur la fièvre intermittente.
» Mais les arguments invoqués jusqu'ici
» pour mettre en évidence l'influence sa-
» lutaire du colchique sur les symptômes
» les plus pressants de la goutte ne vont
» pas jusqu'à démontrer que les effets
» ultérieurs de ce médicament sont inof-
» fensifs. »

Voici les conclusions qu'il tire de sa grande expérience, et sa manière de procéder.

Dans la goutte aiguë. Il remarque que l'amendement de tous les symptômes inflammatoires résultant à peu près constamment de son emploi, se produit d'une manière rapide et sans qu'il y ait nécessairement intervention des effets physiologiques. Il est utile d'inaugurer le traitement par l'administration d'une dose élevée ; on prescrira par exemple, de 2 à 4 grammes de vin de colchique ou plus encore en une seule fois, après quoi on devra continuer avec des doses plus faibles; ainsi 50 ou 60 centigrammes seront administrés deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. Il importe de surveiller constamment l'état du pouls et de s'arrêter aussitôt qu'on peut craindre de voir survenir les nausées et les symptômes de dépression. Il convient de continuer l'emploi du colchique à doses modérées et graduellement décroissantes, pendant plusieurs jours après la cessation des symptômes inflammatoires. « Toutes les fois,
» dit Garrod, que le colchique est admi-
» nistré suivant les règles prescrites, il n'a
» pas pour effets d'abréger les intervalles
» des accès, et d'imprimer à la maladie
» un caractère de chronicité. »

Dans la goutte chronique. Garrod prescrit le colchique lors des exacerbations, mais il conseille d'user des plus grands ménagements, parce que le malade n'est pas en état de supporter une médication débilitante.

Certains faits d'une part, et de l'autre de nombreuses autorités le portent à croire comme Watson, que le colchique administré *dans l'intervalle des accès de goutte* et principalement lorsque les symptômes prémonitoires commencent à se manifester, a le pouvoir d'empêcher le développement des paroxysmes.

A l'extérieur. Gumpert reconnaît de l'efficacité à la teinture de semences en frictions. — D'après Fiévée, quelques praticiens emploient la pulpe de colchique frais ou celle qu'on forme avec la poudre de colchique sec délayée avec du vin comme topique sur les engorgements arthritiques. D'après Joyeuse, l'extrait de suc de fleurs est très-utile en frictions.

(*La suite au prochain numéro*).

MARTIN-LAUZER.

OBSTÉTRIQUE.

Erreur possible du diagnostic digital, rectifiée par les données stéthoscopiques. — Délivrance artificielle, effectuée de bonneheure; ses avantages. — L'expression utérine est loin d'être une méthode de délivrance infaillible.

Il est rare que les faits d'obstétrique les plus simples, en apparence, ne puissent

donner lieu à quelques utiles considérations pratiques. A ce titre, je crois que l'observation suivante, bien que relative à un cas d'eutocie, sera accueillie avec un certain intérêt par les lecteurs de la *Revue*.

Mme X..., secondipare, fut prise, le 2 mai dernier, vers minuit, des premières douleurs de la parturition. A mon arrivée auprès d'elle, à 6 heures du matin, je trouvai la tête dans l'excavation, avec une dilatation cervicale assez avancée. Les bruits fœtaux se faisant entendre dans le flanc droit, j'en conclus à une présentation du sommet en OID. Cette donnée obstétricale me fut très-utile. En effet, l'exploration digitale me faisant rencontrer, dans l'aire antérieure gauche du bassin, une fontanelle triangulaire et un angle osseux, je pouvais, en m'en tenant à un examen superficiel, me croire fondé à admettre une OIGA, la plus fréquente des positions du sommet (:: 70 : 100).

Ces erreurs de diagnostic, pour le dire en passant, sont assez fréquentes, malgré les affirmations contraires. Pour les éviter, il faut souvent une grande habitude et une exploration attentive, qui peut comporter l'usage de plusieurs doigts, ou même celui de la main entière. Je n'ai pas besoin de faire observer qu'il importe de se livrer à de telles recherches avec le plus grand soin, lorsqu'il y a lieu de procéder à l'application d'un forceps symétrique, dont l'emploi doit être raisonné depuis le premier jusqu'au dernier temps de la manœuvre.

Vers huit heures, il se forma une petite poche des eaux que je rompis. Il s'écoula environ un demi-verre de liquide amniotique.

Cependant le travail n'avançait guère en raison de l'insuffisance des douleurs. Mme X..., douée d'un tempérament délicat, commençait à s'inquiéter de la lenteur d'un accouchement qui ne semblait pas tendre à toucher à sa fin. La tête restait toujours dans la même situation. L'occipital, reconnaissable bien plus par sa protubérance externe que par son angle supérieur, était toujours dans l'aire droite du bassin. La direction transversale de la suture sagittale indiquait que le mouvement de rotation intérieure ne s'accomplissait pas. Il était à craindre que le résultat du travail se fît encore longtemps attendre. A 9 heures 1/2 je crus, en conséquence, devoir céder aux sollicitations de la malade et à celles de sa famille. Je me décidai donc à procéder à une application de retroceps, qui fut effectuée avec sa facilité ordinaire, sans faire subir à Mme X... le moindre dérangement. La direction oblique de la poignée de l'instrument me confirma bientôt le défaut de réduction de la tête. La cuiller droite, la plus élevée, correspondant à la région cotyloïdienne droite, devait reposer sur l'occipital, la gauche, ou inférieure, prenant appui sur la région pariétale postérieure ou droite. Quelques tractions, effectuées à l'aide du seul médius droit, me permirent de réduire et d'entraîner la tête, qui se dégagea, la figure regardant en arrière et à gauche. Le cordon sectionné entre deux ligatures, je confiai l'enfant à la garde, et m'efforçai de délivrer la malade par expression utérine.

Depuis quelque temps on s'est engoué de la méthode dite de Credé. On lui a consacré, on lui consacre encore force thèses et articles de journaux. Nos voisins d'outre-Rhin professent pour elle un tel culte, qu'ils prétendent, par son moyen, réussir souvent même à suppléer à l'emploi du forceps.

Je suis loin, pour mon compte, de partager cet enthousiasme. Nombre de fois, déjà, l'expression utérine a déçu mon attente. A en croire ses partisans, il suffirait de comprimer à pleine main le fond de l'utérus, aussitôt après l'extraction du fœtus, pour déterminer l'expulsion du délivre, avec la même facilité que l'on chasse un noyau de cerise, en le pressant entre l'index et le pouce. Encore une fois, il faut se garder de faire trop de fond sur ce moyen, car il est très-aléatoire. Depuis quelque temps, je compte cinq à six insuccès. Il en a été ainsi, encore une fois, dans le cas dont il s'agit. Voici d'ailleurs ce qui s'est produit dans cette circonstance.

Quelques instants après l'expulsion de l'enfant, je comprimai à pleine main

gauche le fond de l'utérus, effectuant en même temps des tractions bien ménagées sur le cordon, saisi de la main droite. Je parvins, par ces manœuvres combinées, à engager quelques cotylédons placentaires au travers de l'orifice cervical; mais ce fut le seul résultat utile que j'en pus retirer. Le cordon remontait en arrière du pubis, vers la paroi antérieure de l'utérus. Je repris mes tractions de la même façon que ci-dessus, l'index et le médius droits étant introduits dans les organes sexuels pour faire la poulie de renvoi. Je ne parvins qu'à déchirer presque complétement le cordon. Voyant que je ne pouvais compter sur les modes ordinaires de délivrance, je me décidai à pénétrer à pleine main au sein des organes sexuels, pour y saisir le délivre que, grâce à une prudente lenteur, je ne tardai pas à extraire avec toutes les membranes.

Je dois insister, de nouveau, sur la facilité de confondre l'angle supérieur et postérieur du pariétal, avec l'angle supérieur de l'occipital. Il suffit de jeter les yeux sur une tête de fœtus, pour s'assurer de la justesse de cette remarque. Plus d'une fois j'ai été heureux, ainsi que dans le cas dont il s'agit, de trouver, dans la protubérance occipitale externe, un précieux point de repère.

Il n'entre pas dans les idées de bien des accoucheurs, sans doute, de recourir aussitôt que je l'ai fait chez Mme X... à la délivrance artificielle. Le retroceps, en raison de son volume si exigu, de la facilité sans égale de son introduction et de sa manœuvre, est accueilli, je puis le dire, avec un tel empressement, par les familles, que je considère comme un devoir de faire bénéficier les malades des vertus d'un engin de délivrance qui leur épargne, sans leur faire courir le moindre risque, de longues heures de cruelles douleurs. A quoi bon temporiser quand, selon l'expression si juste du Dr Georges, il n'y a plus qu'à *cueillir la tête?* Je ne vois nul motif de prendre, plus que de raison, à la lettre, ces dures paroles du Créateur :-*In dolore paries filios*... L'humanité ne fait-elle pas à l'accoucheur un devoir d'atténuer, autant qu'il est en lui, les souffrances les plus cruelles que la femme par nature, est condamnée à endurer ?

L'expression utérine est une manœuvre inoffensive, à laquelle il convient toujours de recourir en premier lieu. Il faut bien savoir, toutefois, qu'elle est souvent sujette à caution. Dans l'espèce, la délivrance a été rendue difficile par le défaut de résistance du cordon, qui s'est trouvé gélatineux, et par son implantation sur le limbe antérieur du placenta, qui était *en raquette*. En pareil cas, je me suis toujours bien trouvé du mode de délivrance auquel j'ai eu recours, dans le fait que je viens de rapporter. Il est de règle, toutefois, de procéder avec douceur et circonspection, et de faire en sorte de ne laisser dans l'organe aucune portion des membranes. Pour s'assurer qu'il n'en reste aucun débris au sein de l'utérus, on ne doit jamais manquer de développer l'arrière-faix, afin de l'examiner avec soin. S'il en manque quelques parcelles, il ne faut pas hésiter à aller à leur recherche, afin de faire tout ce qu'il est possible pour se mettre à l'abri des accidents pouvant résulter de la présence d'un corps étranger dans la cavité utérine. Dr L. HAMON.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Névralgie du testicule. — La névralgie des organes génitaux est assez rare, dit le docteur Saison, puisque M. le professeur Gosselin, à propos d'un cas observé dans sa clinique de l'année dernière, disait n'avoir observé que trois cas d'épididymite névralgique depuis vingt ans, et que la névralgie de l'ovaire n'est

pas décrite dans plusieurs traités spéciaux. Je désire rapporter brièvement une observation relative à la première de ces affections.

M. P..., officier de cavalerie, 50 ans, de tempérament très-nerveux, gastralgique et hypochondriaque, est affecté depuis longtemps d'un écoulement blennorrhagique borné à un léger suintement, entretenu sans doute par le cathétérisme habituel, pratiqué par le sujet pour un rétrécissement ancien. Ainsi prédisposé, il est atteint d'une épididymite, qu'on considère d'habitude comme franchement inflammatoire : avec le gonflement du cordon et du testicule, chaleur et rougeur de la bourse, douleur continue et augmentant à la pression, peu de fièvre, ce qui est la règle. Je conseille le soulèvement des bourses, une application de sangsues, et consécutivement des cataplasmes avec onctions mercurielles belladonées. L'affection suit sa marche décroissante habituelle ; après environ trois semaines, la guérison était survenue. Le malade conserva néanmoins un gonflement volumineux du testicule atteint, moindre qu'au début, mais tel qu'il existe encore aujourd'hui, après un intervalle écoulé de près de deux années, et dans lequel M. Benj. Anger, consulté, n'a rien vu d'inquiétant.

Deux semaines après la guérison, le malade fut pris pendant la nuit d'un accès tellement douloureux qu'il me fit appeler, et je le trouvai très-souffrant, en proie à une violente douleur s'irradiant du testicule primitivement atteint à toute l'étendue du cordon, jusque dans l'aîne et le bas-ventre, douleur lancinante, aiguë non-exaspérée par la pression, ayant le caractère des douleurs névralgiques violentes. Les opiacés à hautes doses, la morphine et la belladone n'apportèrent qu'un faible soulagement ; mais au matin, toute douleur disparut, laissant le malade dans un repos absolu pendant le jour, pour reparaître de nouveau vers le soir, avec des exacerbations la nuit.

Je prescrivis le sulfate de quinine, 1 gr. ou 1 gr. 50 par jour, puis le valérianate de quinine, les liniments au chloroforme, etc. Les accès devinrent moins réguliers et moins douloureux ; dans leur intervalle, le testicule restait indolore, aussi bien à la pression qu'en dehors d'elle, il n'y eut nul gonflement ni empâtement du cordon. C'est en combattant la dsypepsie et en rétablissant la nutrition générale par les toniques et le fer qu'on parut agir le plus efficacement pour le malade : tout retour des accès cessa après deux semaines.

— Ce fait nous remet en mémoire un cas de névralgie ilio-scrotale, digne du plus grand intérêt. M. X..., à la suite de fatigues excessives, contracta une fièvre typhoïde à forme ataxique, qui se prolongea pendant plusieurs mois. Un matin, il se sentit soudain affecté, dans le flanc gauche, d'une douleur assez prononcée pour rendre la marche impossible. Le testicule devint en même temps douloureux. Un bain froid raviva, à quelques semaines de là, des souffrances qui commençaient à disparaître. Vers cette époque, il fut aisé de constater dans le flanc gauche, dans la direction de l'uretère, un cordon de la grosseur et de la longueur de l'index, cordon qui ne donnait lieu à quelque douleur que par le fait d'une pression assez énergique. Bien des avis furent demandés par le malade. Presque autant d'erreurs de diagnostic furent commises, et certes, vu la rareté extrême de l'affection, de telles erreurs étaient dignes d'être excusées. Il s'agissait, en fin de compte, de l'engorgement du névrilème d'un rameau abdominal du plexus lombaire. *Ubi dolor ubi fluxus!*... Les traitements les plus divers furent mis en usage sans le moindre succès. Après deux années de souffrances et de découragement, le malade, en désespoir de cause, fut soumis à l'usage exclusif de poudre de quinquina jaune. La dose en fut portée à une cuillerée à café, prise au moment du déjeuner et du dîner, dans un peu de vin rouge. A peine quelques jours s'étaient-ils écoulés, que les douleurs avaient cédé, comme par magie. Le traitement fut suspendu au bout de quelques semaines, la guérison paraissant solide. A diverses reprises, il y a eu des récidives : le même

modificateur en a chaque fois fait justice. C'est donc, de *expertu* que nous conseillons ce traitement si simple à ceux de nos confrères qui auront à combattre une affection cruelle, et si rebelle aux divers agents de thérapeutique, que plus d'un chirurgien a cru devoir en venir à l'ablation de l'organe. Certains malades, en effet, préfèrent se soumettre à la suprême ressource de la mutilation, que d'endurer perpétuellement une souffrance physique et morale qui fait de leur vie une torture. Ajoutons que, plus d'une fois, ce sacrifice a été subi en pure perte. La névralgie, en pareil cas, ne fait que se déplacer. On n'a pas tardé à reconnaître les inconvénients d'une opération si vantée par Astley Cooper. Depuis longtemps un moyen aussi radical n'est plus conseillé ni mis en œuvre contre l'*irritabile testis*. Il faut se borner à consoler les malades, à les exhorter à la patience; il convient de les soumettre à l'usage des toniques, des nervins, des calmants locaux; il est convenable de leur pratiquer des injections sous-cutanées de morphine; il faut, enfin, leur administrer à haute dose, la poudre de quinquina jaune, qui nous paraît être le remède héroïque de cette douloureuse affection.

Conservation du seigle ergoté; par M. Ducros (1). — Ce procédé consiste à prendre le seigle ergoté bien sec, à l'introduire dans des flacons poudriers, à le recouvrir largement avec du charbon de bois en poudre fine, et à boucher simplement les flacons. L'auteur donne la préférence au charbon de pin ou de chêne.

Lors du besoin, on verse une certaine quantité de seigle, entraînant de la poudre, sur une feuille de papier; on choisit les grains, on les frotte, et on les réduit en poudre.

M. Ducros assure que ce mode de conservation du seigle ergoté est parfait, et qu'il en conserve ainsi depuis nombre d'années sans qu'il ait subi d'altération.

— Il importe que l'accoucheur soit toujours pourvu de seigle ergoté de bonne qualité. Il serait préférable de le faire pulvériser au moment d'en faire usage. Mais si, pour cette préparation, on a recours chaque fois au pharmacien, il en résulte une perte de temps qu'il est bon d'éviter. Voici différents expédients, dont nous nous sommes bien trouvé jusqu'ici, et que nous rappelons à l'attention de nos confrères.

Le moyen le plus simple consiste à faire mâchonner à la femme des grains entiers d'ergot. Malgré sa saveur assez désagréable, cette substance est d'ordinaire ingérée sans trop de dégoût. L'ingestion est facilitée à l'aide de quelques gorgées de liquide.

On peut pulvériser soi-même en quelques instants ce médicament, en le fragmentant grossièrement au moyen d'un couteau, puis en le renfermant dans un nouet de linge, sur lequel on agit à coups de marteau.

Nous ne parlerons que pour mémoire de l'ergotribe, qui est un bon instrument, mais qui n'en constitue pas moins un *impedimentum* d'une utilité secondaire. Il coûte une quinzaine de francs. C'est une dépense dont il est aisé de s'exonérer.

Le procédé que nous préférons et auquel nous avons recours depuis plus de quinze ans, est le suivant :

Nous faisons pulvériser, par le pharmacien, du seigle de choix, auquel nous associons quantité égale de sucre.

Nous en faisons remplir une très-petite bouteille, contenant une dose de 2 gr. de poudre doloripare. Nous faisons en sorte que le bouchon touche à cette dernière, de façon à supprimer l'air, autant qu'il est possible. Le flacon est ensuite soigneusement cacheté.

Ainsi préparée, la poudre de seigle se conserve en parfait état, aussi longtemps que l'ergot en grains. Nous ne faisons aucun accouchement sans être muni de quelques-uns de ces petits flacons qui, en raison de leur petit volume, ne sont nullement embarrassants.

Nous avons pour constant d'administrer cette précieuse substance aussitôt après la complète évacuation de la cavité de l'utérus, mais jamais avant

(1) *J. de Ch. méd.*

ce moment. On obtient, grâce à elle, le retrait de l'organe gestateur, condition qui met à l'abri et de l'hémorrhagie, et de la résorption des produits utérins.

Quelques accoucheurs instruits ne craignent pas de recourrir à la poudre doloripare pour exciter les contractions, lorsque l'orifice cervical est arrivé à une dilatation complète. C'est une pratique mauvaise, contre laquelle nous ne saurions trop nous inscrire. C'est pour nous y être conformé un jour, que nous avons eu le malheur de perdre un enfant. Les contraction devinrent subintrantes, et quelle que fut notre diligence, une application de retroceps ne dut prévenir une asphyxie mortelle.

En pareil cas, il vaut mieux recourir de suite au retroceps ou au forceps, et associer à l'un ou à l'autre de ces instruments le tracteur obstétrical, si l'extraction de la tête exige le déploiement d'une certaine somme de force. Une intervention opportune, nous ne saurions trop le répéter, est souvent le gage le plus certain d'un complet succès.

Régime lacté ; quelques indications. — Le régime lacté, fort usité par quelques médecins, n'est pas en général assez employé.

M. le Dr Serre, d'Alais, l'a remis en vigueur dans le traitement des hydropisies, et associait le régime lacté à l'usage exclusif de l'oignon cru ou cuit. Il prescrivait trois soupes au lait chaque jour, l'oignon et la diète sèche et formulait ainsi sa méthode de traitement:

1° Mettre l'organe secréteur des urines à la diète par abstinence de toute boisson ;

2° L'exciter légèrement avec l'oignon ;

3° Nourrir le corps avec le lait, sa nourriture première, sans l'irriter.

M. Serre termine en disant que si ce régime, suivi religieusement pendant un mois, ne donne pas de succès, on peut pronostiquer une terminaison fâcheuse.

M. Desnos, à la Pitié, emploie beaucoup le lait quand il s'agit de provoquer une diurèse, et cela dans des cas bien différents. Mais il n'est pas partisan du régime lacté exclusif qui, souvent, est mal toléré et n'est pas assez nourrissant. Le malade se nourrit de viande, boit du vin, mais ajoute à son régime deux litres de lait chaque jour. Le lait est bu froid et salé avec deux grammes de sel de cuisine par litre.

M. Desnos préconise surtout le lait dans la néphrite catarrhale aiguë. Dans la néphrite chronique, le lait n'est qu'un palliatif.

Dans les hydropisies compliquant les maladies du cœur, M. Desnos emploie également le lait, qui provoque une abondante diurèse et désemplit le système vasculaire. Mais si, après deux ou trois jours, la diurèse ne s'est pas établie, il fait cesser le traitement lacté, car au lieu d'obtenir une évacuation, on remplirait le système circulatoire.

Le lait est aussi avantageux dans la pleurésie aiguë simple. Mais il faut qu'il y ait absence de fièvre et que le lait ne soit employé que lorsqu'on veut éviter la ponction. On l'emploie surtout quand l'épanchement a résisté aux vésicatoires et aux diurétiques habituels. Il a réussi quelquefois aussi dans la pleurésie chronique.

Si le lait est mal toléré, il ne faut pas le continuer.

(*Journal des connaiss. médicales.*)

Ablation du sein par la ligature élastique. — M. Périer a communiqué à la Société de chirurgie sur ce sujet une observation dont voici le résumé: une femme, âgée de 84 ans, très-affaiblie, emphysémateuse, entre à l'infirmerie de la Salpêtrière pour une tumeur volumineuse du sein. Cette tumeur, datant de vingt-quatre ans, offre la grosseur du poing ; elle est mobile et se détache par son seul poids des parties sous-jacentes. On diagnostique un cysto-sarcome. L'opération, pratiquée le 24 décembre dernier, consista à traverser la base de la tumeur avec un fil de caoutchouc dont on serra ensuite les anses au-dessous de broches préalablement introduites. Les suites furent simples; la tumeur, qui avait conservé dans les premiers jours une teinte rouge, devint bleuâtre et finit par tomber. Malheureusement la malade a succombé dans

les premiers jours de mars à un érysipèle de la face. M. Périer présente à la société la tumeur qu'il a enlevée. Il croit pouvoir conclure de ce fait que l'ablation des tumeurs par la ligature élastique est préférable, chez les vieillards, à toute autre méthode; grâce à son emploi, on peut éviter les pertes de sang que donne l'instrument tranchant; la cicatrisation est plus rapide qu'avec le galvanocautère; enfin elle n'exige point l'anesthésie.

Observations à l'appui de l'usage de l'aspirateur pneumatique dans la chirurgie, par M. Homans (*The Boston medical and surgical Journal*, 25 décembre 1873). — Ce chirurgien se servit de cet instrument entre autres, dans les quatre cas suivants : — 1° Hernie inguinale externe étranglée ; après que le taxis eut échoué sous l'influence du chloroforme, aspiration d'environ 15 grammes de liquide, opération après laquelle le taxis réussit immédiatement. — 2° Hernie inguinale étranglée ; l'aspiration sans succès; guérison par la herniotomie. — 3° Rétention d'urine par une structure de l'urèthre; ponction aspiratrice de la vessie au-dessus de la symphyse; guérison. — 4° Ponction de la vessie également pour une rétention d'urine, à la suite d'une chute sur le périnée, et aspiration de 40 onces d'urine sanguinolente ; plus tard, il fallut en venir à la boutonnière, opération qui fut suivie de guérison.

Evacuation par l'aspirateur du contenu d'un utérus gravide en rétroversion. — M. Antony Bell, de Newcastle, rapporte qu'il fut appelé pour une dame enceinte de cinq mois, arrivée à un degré d'émaciation considérable ; depuis la septième semaine de sa grossesse, elle avait constamment souffert du ventre, souvent avec violence. Son urine était purulente et ammoniacale. Un examen complet montrait que l'utérus en rétroversion constituait une tumeur fluctuante, douloureuse, absolument impossible à réduire. L'auteur pratiqua par le rectum une ponction aspiratrice dans la tumeur constituée par l'utérus, pour évacuer le liquide amniotique. Cette opération fut suivie d'un grand soulagement sans aucun accident. Le fœtus fut expulsé au bout de 36 heures et la malade guérit rapidement. (*British medical Journal* et *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Nouveau traitement de l'ophthalmie blennorrhoïque des nouveau-nés, par le Dr Frédéric Batz, de Heilbrom (Dans les *Memorabilien* XIX, 1, 1874). — Comme il s'agit de nitrate d'argent en solution, nous ne mentionnerions pas cette courte note, si ce n'était que l'auteur en emploie simultanément de deux forces différentes. La plus forte est de 0,5 sur 5,0 d'eau distillée, et l'on en applique toutes les trois heures une goutte dans le sac lacrymal au moyen d'un pinceau; l'autre de 0,5 sur 200,0 d'eau distillée, sert à imbiber des compresses pliées 6 fois sur elles-mêmes, qu'on renouvelle toutes les trois heures aussi sur les paupières. D'après l'auteur ce traitement serait non-seulement facile, mais encore d'une réussite telle, qu'il lui accorde la préférence sur tout autre.

Douleurs mammaires; traitement. — M. le professeur Broca remet en honneur le traitement qui fut très-employé par Récamier. Qu'il y ait tumeur appréciable ou non, mais dès qu'il y a douleur ou sensibilité, il recourt à la compression méthodiquement exécutée. Récamier superposait une série de disques d'amadou successivement plus étroits. Un bandage compressif très-serré les maintenait en place; ce bandage n'était renouvelé qu'à de longs intervalles.

Réussite de la revaccination après un laps de temps fort court, par le docteur Reuss (*Wurtemberg medicin. Corresp. Blatt.*, 1874, n° 27). — Voici les cas les plus intéressants relatés dans le rapport général sur les vaccinations du Wurtemberg en 1871. A Muensingen, une petite fille de 6 ans fut revaccinée avec le résultat de 4 pustules; à Weinsberg, une petite fille de 3 ans, qui n'avait eu la première, fois qu'une pustule de vaccin, en eu cette fois trois.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle, tenue le 4 mai 1874.

Présidence de M. Devergier

Prix de 1874.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — Aucun mémoire n'a été adressé pour concourir.

PRIX PORTAL. — Un seul mémoire a concouru. L'Académie décerne le prix de la valeur de 2,000 francs à ses auteurs, qui sont :

M. le docteur Martin (Charles-Ernest), ex-médecin de la légation de France en Chine ;

M. Chudzinski (Théophile), aide-préparateur au laboratoire d'anthropologie de l'Ecole des hautes études.

PRIX CIVRIEUX. — Il ne s'est présenté aucun concurrent.

PRIX CAPURON. — Sept mémoires ont été adressés à l'Académie pour ce concours.

Aucun d'eux n'a paru mériter le prix ; mais l'Académie accorde, à titre d'encouragement, une somme de 800 fr. à M. le docteur H. Charles (de Liége), auteur du mémoire inscrit sous le n° 7, portant pour épigraphe : *La grossesse est une mer orageuse sur laquelle la mère et son enfant voguent pendant neuf mois.*

PRIX BARBIER. — Cinq ouvrages ou mémoires ont été adressés pour ce concours.

Il n'y a pas eu à décerner le prix ; mais l'Académie a accordé, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs à M. le docteur Félix Planat, de Villore-Ville (Puy-de-Dôme), auteur du mémoire n° 5, ayant pour épigraphe : *Rerum cognoscere causas.*

PRIX ERNEST GODARD. — Six concurrents se sont présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur L. Taon, de Nice (Alpes-Maritimes), pour son travail inscrit sous le n° 2 et ayant pour titre : *Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose.*

PRIX ORFILA. — Deux mémoires ont été adressés pour concourir. Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

PRIX LAVISON. — Un seul mémoire a concouru. Il n'y a pas eu lieu à décerner le prix.

PRIX SAINT-LAGER. — L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

PRIX FALRET. — Aucun concurrent ne s'est présenté.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder pour le service des épidémies en 1873 :

1° *Une médaille d'or à :* M. le docteur Fouquet, médecin des épidémies à Vannes (Morbihan), pour ses nombreux et savants rapports sur les épidémies et son intéressant travail sur le recrutement dans le Morbihan.

2° *Des médailles d'argent à :* MM. les docteurs Alison, de Baccarat ; Barbrau, médecin des épidémies à Rochefort (Charente-Inférieure) ; Bertrand, de Besançon (Doubs) ; Coste, médecin-major de 1re classe au 30e régiment d'artillerie ; Dauvergne père, de Manosque (Basses-Alpes) ; Fourrier, médecin des épidémies à Compiègne (Oise) ; Lecart, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de la Rochelle ; Le Noël, médecin des épidémies à Amiens (Somme) ; L. Regnier, médecin-major au 102e de ligne.

3° *Rappel de médailles d'argent à :* MM. les docteurs H. Benoit, de Giromagny (Haut-Rhin) ; Botrel, de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine) ; Bouteiller, de Rouen (Seine-Inférieure) ; Evrard, médecin des épidémies à Beauvais (Oise) ; Grandmottet, médecin des épidémies à Saint-Claude (Jura) ; Le Bèle, médecin des épidémies au Mans (Sarthe) ; Loysel, médecin des épidémies à Cherbourg (Manche) ; Prestat, médecin des épidémies à Pontoise (Seine-et-Oise) ; Rémilly, médecin des épidémies à Versailles (Seine-et-Oise).

4° *Des médailles de bronze à :* MM. les docteurs Courcelle, médecin des épidémies

à Laval (Mayenne); Geay, médecin au Gua (Charente-Inférieure) ; Glaesel, médecin-major en retraite à Montlignon; Guidoni, médecin des épidémies à Calvi (Corse); Mahier médecin des épidémies de la Mayenne; Mantel, médecin des épidémies à Saint-Omer (Pas-de-Calais).

Médailles accordées pour coopération aux travaux de la commission de l'hygiène de l'enfance. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'intérieur a bien voulu accorder :

1° *Des médailles d'argent à :* MM. Bourée, docteur en médecine à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or) ; Bringuier, docteur en médecine à Montpellier (Hérault); Rimbaut Sanguin, docteur en médecine à Saint-Chamas (Bouches-du-Rhône).

2° *Rappel de médailles d'argent à :* M. Gibert, docteur en médecine à Marseille (Bouches-du-Rhône).

3° *Des médailles de bronze à :* MM. Couillard, docteur en médecine à Issoire (Puy-de-Dôme); Dupré, docteur en médecine à Bourg (Ain); Jollans, à Izeaux (Isère); Michel, docteur en médecine à Cavaillon (Vaucluse); Vedel, docteur en médecine à Lunel (Hérault; Triaire, docteur en médecine à Tours (Indre-et-Loire); Faucon, docteur en médecine à Amiens (Somme).

4° *Rappel de médailles de bronze à :* MM. de Brye, docteur en médecine à Vienne (Isère); Gevrey, docteur en médecine à Vesoul (Haute-Saône); Roques, docteur en médecine à Salon (Bouches-du-Rhône).

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1872. — Avant de formuler les propositions de récompenses, l'Académie est heureuse de rappeler à M. le ministre les noms de MM. Pangot (de Montluçon), Fouquet (du Morbihan), et Lalagade (d'Albi), dont le zèle ne s'est pas ralenti un seul instant. Leurs intéressants rapports auraient certainement valu à leurs auteurs les récompenses les plus importantes si nos savants confrères n'avaient déjà épuisé depuis longtemps la série de celles dont l'Académie fait chaque année la proposition.

L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de* 1,500 *francs partagé entre:* MM. les docteurs Vicherat (de Nemours); Subert, à Nevers (Nièvre); Le Duc, à Versailles (Seine-et Oise).

2° *Des medailles d'or à :* MM. les docteurs Nier, à Privas (Ardèche); Guilbert, à Paris (Xe arrondissement) ; Rocher, à Pont sur-Yonne (Yonne); Carion, à Commentry (Allier).

3° *Cent médailles d'argent* à d'autres vaccinateurs-médecins ou sages-femmes qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des mémoires et des observations qu'ils ont transmis à l'Académie (1).

Prix proposés pour l'année 1876.

Prix de l'Académie. — Question : « Étude comparée des divers modes de pansement des grandes plaies. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Portal. — Question : « Au meilleur mémoire sur un sujet quelconque d'anatomie pathologique. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Civrieux. — Question : « Du rôle du système nerveux dans la production de la glycosurie. »

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix Capuron. — Question : Des altérations du placenta et de leur influence sur le développement du fœtus. »

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix Barbier. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme

(1) Le prix de 1.500 fr. pour l'année 1873, a été attribué à MM. les docteurs Crouignean, directeur du service de la vaccine pour le département de la Côte-d'Or; Sedan (Algérie); Monod (Nièvre).

Le bulletin de l'Académie établit que les prix et médailles proposés pour 1873, n'ont pu être délivrés cette année.

la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament).

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix Ernest Godard. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie interne.

Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Orfila. — L'Académie met de nouveau la question suivante au concours : « De l'aconitine et de l'aconit. »

Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

Prix Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

La valeur de ce prix sera de 2,800 francs.

Prix Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur. « Je propose à l'Académie » de médecine une somme de 1,500 francs » pour la fondation d'un prix de pareille » somme, destiné à récompenser l'expéri- » mentateur qui aura produit la tumeur » thyroïdienne à la suite de l'administra- » tion, aux animaux, de substances extrai- » tes des eaux ou des terrains des pays à » endémie goîtreuse. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Falret. — La question suivante est de nouveau mise au concours : « De la folie dans ses rapports avec l'épilepsie. »

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix Rufz de Lavison. — Question posée par le fondateur : « Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. »

Séance du 11 mai.

Présidence de M. Gosselin.

Choléra. — M. Bonnafont lit une note pour prouver que bien avant M. Tholozan il a écrit dans deux mémoires que le choléra trouve en Europe des conditions favorables à sa propagation. Il peut s'y développer et sévir sans avoir besoin d'une importation immédiate.

M. Briquet, rapporteur de la commission des épidémies cholériques de 1832 et 1848, a établi par l'observation des faits qu'à la suite de grandes épidémies importées, le choléra pouvait sévir pendant des années en Europe. Il éclate au printemps et en été dans les endroits où il a déjà régné, diminue en automne et s'éteint à l'approche de l'hiver. Il hiberne en un mot. Mais ce ne sont pas là des épidémies nouvelles et qui naissent de toutes pièces en Europe. Il y a eu une importation première. Le fléau a sévi, s'est mal éteint et se rallume dans certains climats insalubres, comme cela a eu lieu chaque année en Europe de 1841 à 1848.

M. J. Guérin trouve que M. Tholozan a parfaitement démontré que le choléra épidémique pouvait naître en Europe. De plus, il a reçu une lettre de ce dernier qui lui dit qu'il croit à l'identité du choléra sporadique et du choléra épidémique. L'orateur demande que la question soit mise à l'ordre du jour. Il prendra la parole et soutiendra sa doctrine.

M. Bouillaud ne connaissait pas les travaux de M. Bonnafont quand il lut à l'Institut le rapport qui fit décerner un prix à M. Tholozan pour ses travaux sur le choléra, sans cela il n'eût pas manqué de les signaler. Mais si M. Bonnafont a le mérite incontesté de la priorité, c'est à M. Tholozan qu'on doit d'avoir attiré l'attention sur un sujet si intéressant. L'orateur ne saurait prendre parti pour aucune opinion, mais il importe de faire tous les efforts pour empêcher le mal quelle qu'en soit l'origine.

M. Chauffard fait observer que le mémoire de M. Tholozan, lu par M. Roger,

et sa lettre à M. J. Guérin, sont contradictoires. Dans le premier, l'auteur soutient que le choléra a d'abord été importé en Europe, qu'il s'y est acclimaté et qu'il y est devenu épidémique; dans la seconde, il dit que le choléra sporadique est le même que le choléra asiatique.

M. Larrey dit que M. Tholozan est en route pour la France. Dans un mois il sera à Paris, en ce moment on pourra alors reprendre la discussion sur la genèse et l'étiologie du choléra. L'Académie adopte et on reprend l'ordre du jour.

M. Cazin lit un mémoire sur l'*opération césarienne en cas de tumeur fibreuse utérine et péri-utérine.*

M. de Vauréal donne lecture d'une *Note sur la multiplication de la levûre.*

MÉLANGES ET FAITS DIVERS.

Concours. — La Société protectrice de l'enfance de Marseille met au concours les deux questions suivantes :

1° Etudier l'influence des émanations de cuisine, tabac et autres sur la santé de l'enfant (de la naissance à trois ans). — 2° Relever les lois qui ont été édictées chez tous les peuples relativement au premier âge (infanticide, abandon, assistance, protection, tutelle, puissance paternelle, fécondité. Etudier l'influence que ces lois ont exercée sur le développement des jeunes générations et sur la mortalité.

Les mémoires, sur l'*une ou l'autre question*, doivent être adressés, dans les formes académiques, à M. le Président de la commission scientifique de Marseille, rue de la Daise, 19, avant le 15 décembre 1875, *terme de rigueur*. Des médailles d'or, de vermeil, d'argent, de bronze et des mentions honorables seront décernées en séance publique aux meilleurs mémoires.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour le prosectorat et pour l'adjuvat.* — Les juges des deux concours sont MM. les professeurs Sappey, Gosselin, Verneuil, Béclard et Le Fort. Les candidats au prosectorat sont MM. Reclus, Peyrot et Richelot; les candidats à l'adjuvat : MM. Bouilly, Campenon, Duret, Faure, Henriet, Kirmisson, Longuet, Marcano, Schwartz et Valtat.

Pour l'épreuve des pièces sèches, les premiers ont à préparer les *veines du pénis*; les seconds les *muscles de la main*, leurs attaches, leurs gaînes fibreuses, et les gaînes synoviales des tendons. Ces préparations devront être remises à la Faculté le 10 juillet.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour deux places de médecin.* — La première séance de l'épreuve a eu lieu le mercredi 12 mai. Les candidats désignés par le sort pour cette séance étaient : MM. Sevestre, Caillard-Lacombe, Liouville et Hallopeau. Ils ont eu à traiter la question suivante : *De la phlegmatia alba dolens.*

Jeudi 13 mai, seconde séance de l'épreuve orale. MM. Chouppé, Dieulafoy, Carrière et Renaud (Joseph) (*colique hépatique, pronostic, traitement*).

— La Société de prévoyance des pharmaciens de 1re classe du département de la Seine a tenu son assemblée générale annuelle le vendredi 16 avril 1874, à l'École de pharmacie, sous la présidence de de M. A Fumouze.

Après une allocution de M. le Président, MM. les Sociétaires ont entendu la lecture du procès-verbal de la dernière assemblée générale, faite par M. Fontoynont, secrétaire-adjoint.

Puis M. Champigny, secrétaire général, a présenté l'exposé des nombreux travaux du Conseil d'administration, pendant l'exercice 1874-1875.

La séance s'est terminée par le renou-

vellement d'une partie des membres du Conseil.

Ont été élus à l'unanimité:

MM. Duroziez, vice-président ; Bornet, Capgrand, A. Fumouze, conseillers.

En conséquence, le conseil d'administration de la Société est ainsi composé pour l'année 1875-1876.

Président, M. Crinon; vice président, M. Duroziez; secrétaire-général, M. Champigny ; secrétaire-adjoint, M. Fontoynont; trésorier, M. Labélonye; conseillers, MM. Allié, Bain, Barbarin, Bornet, Capgrand, Cocquelet, Ferrand, A. Fumouze, Limousin, Millot.

Réserve de l'armée active et armée territoriale. — *Médecins et pharmaciens.* — Aux termes de l'article 39 de la loi du 13 mars 1875, les jeunes gens appartenant *à la disponibilité ou à la réserve de l'armée active*, et exerçant des professions médicale et pharmaceutique, peuvent être nommés « officiers de réserve, » à la condition d'être pourvus du titre de docteur en médecine, ou de pharmacien de première classe; ils recevront des commissions qui les affecteront à un service de leur spécialité. Ceux qui appartiennent à *l'armée territoriale* peuvent, sous les mêmes conditions, obtenir dans cette armée des avantages équivalents.

Les personnes comprises dans les catégories ci-dessus, qui ne seraient pas encore mises en instance, doivent, pour être admises lorsqu'il y aura lieu, au bénéfice, des dispositions légales, adresser immédiatement leur demande, soit au ministre de la guerre, soit au général commandant la région à laquelle ils appartiennent.

Faute de s'être mis en règle avant le 15 mai prochain, époque à laquelle les commissions d'examen des candidatures auront terminé leur travail, les intéressés ne pourraient concourir à la formation des cadres auxiliaires, et ils s'exposeraient à être maintenus indéfiniment dans le rang, l'administration de la guerre étant fermement résolue à ne plus tolérer à l'avenir, dans les hôpitaux ou ambulances, la présence de médecins ou pharmaciens civils qui, après avoir été reconnus bons pour le service, chercheraient à se soustraire aux obligations imposées par la loi du recrutement.

Bulletin des décès dans la ville de Paris.

Du 1er au 7 mai, on a constaté 971 décès, savoir : variole, 11 ; rougeole, 16 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 18 ; érysipèle, 11 ; bronchite aiguë, 34 ; pneumonie, 114 ; dysentérie, 1 ; diarrhée cholériforme des enfants, 11 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 6 ; croup, 16 ; affections puerpérales, 12 ; autres affections aiguës, 275 ; affections chroniques, 391 (dont 172 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 33 ; causes accidentelles, 21.

Du 7 au 14 mai, 991 décès ainsi répartis: variole, 5; rougeole, 24; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 17 ; érysipèle, 9, bronchite aiguë, 50 ; pneumonie, 105 ; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 6 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 angine couenneuse, 10 ; croup, 14 ; affections puerpérales, 9 ; affections aiguës, 273 ; affections chroniques, 405 (dont 172 dus à la phthisie pulmonaire) affections chirurgicales, 33 ; causes accidentelles, 30.

Du 14 au 21 mai 928 décès ainsi repartis : variole, 7; rougeole, 24 ; scarlatine, 4 ; fièvre typhoïde, 14 ; érysipèle, 8 ; bronchite aiguë, 47 ; pneumonie, 105 ; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 11 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 13; croup, 11 ; affections puerpérales, 8 ; affections aiguës, 272; affections chroniques, 367 (dont 161 dus à la phthisie pulmonaire) affections chirurgicales, 26; causes accidentelles, 26.

Nécrologie. — Le docteur Marit, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées, vient de mourir à l'âge de 58 ans. M. Marit avait été pendant quelques années professeur à l'école secondaire d'Alger.

M. Roulland, reçu docteur en 1844, maire de Caen, est mort subitement.

M. Bermond, premier protecteur de l'École secondaire de médecine de Lyon, vient de mourir d'une piqûre anatomique, à l'âge de 25 ans.

M. Gervais, docteur, mort à Lyon à l'âge de 69 ans.

M. Retoré-Laujardière, mort à St-Lambert du Lattay, à l'âge de 58 ans.

M. le docteur Oscar de Langenhagen, ancien médecin cantonal de Niederbronn (Alsace), mort âgé de 44 ans.

M. Dufour, docteur reçu en 1825, né à Villefranche, est mort à l'âge de 74 ans.

M. Misset, docteur reçu en 1859, médecin à Aiguay-le-Duc.

M. Perroy, officier de santé, médecin à Aizelay, mort à l'âge de 83 ans.

M. le docteur Leclerc de St-Germain; mort à l'âge de 83 ans.

M. Mullot, docteur à Rouen, mort à l'âge de 80 ans.

M. le docteur Henri Cordier, mort à St-Quentin.

M. Alcide Ricard, étudiant en médecine, mort à l'âge de 29 ans.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

—

Librairie Asselin, éditeur, place de l'École-de-Médecine, à Paris.

Clinique thermo-minérale de Néris, par le Dr F. de Ranse, médecin consultant aux eaux de Néris, rédacteur en chef de la *Gazette médicale* de Paris. — Premier fascicule — Des indications des eaux de Néris. In-8° de 112 pages, Prix 2 fr. 50.

Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris. Tome onzième, 2e série, 1874.

—

Librairie Adrien Delahaye, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Aphorismes sur les maladies vénériennes, suivis d'un formulaire magistral pour le traitement de ces maladies, par le Dr Edmond Langlebert, 2e édition revue et augmentée. 1 vol. in-16, 3 fr. 50.

Des phlegmons angioleucitiques du membre supérieur, angioleucites, plegmons diffus et circonscrits, abcès profonds de l'avant-bras, phlegmons et abcès de la paume de la main, panaris, par le Dr Chevalet. In-8°, avec 2 planches. Prix, 3 fr.

De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme, par le Dr Henri Petit In-8o, 2 fr. 50.

Du rôle de l'inanition dans la pathologie, par le Dr Albert Balestre, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. In-8°, 2 fr. 50.

Contribution à l'étude des tumeurs du testicule, par le Dr G. Nepveu, 2e édition. In-8o, avec 2 planches, 2 fr. 50.

Aperçu général de l'hérédité et de ses lois, par le Dr Marc Lorin, In-8°, 2 fr.

Contribution à l'histoire des suites de couches, normales et pathologiques, par le Dr Calvet. In-8°, 2 fr.

Contribution à l'étude symptomatique et diagnostique de l'hémorrhagie cérébulleuse, par le Dr Carion. In-8o, 2 fr.

Du rhumatisme, manifestations diathésiques traitées par les eaux de Plombières, par le Dr C. Leclerc. In-8, 2 fr.

Etude sur la paraplégie dans le mal de Pott, par le Dr A Courjon. In-8°, 2 fr.

De la hernie du poumon ou pneumocèle, par le Dr Desfosses. In-8°, 2 fr.

De l'hygiène de la mer et de l'hydrothérapie maritime, considérées sous leur point de vue pratique, par le Dr Lemarchand. In-8°, 1 fr. 50.

Leçon sur la balano-posthite et le phimosis symptomatiques des chancres infectants, par le Dr Charles Mauriac. In-8o, 1 fr. 50.

Considérations nouvelles sur la Barégine ou matière organique des eaux sulfurées, par le Dr A. Marcet. In-8°, 1 fr. 50.

Du scotome scintillant ou amaurose partielle temporaire, par le Dr Dianoux, In-8°, prix 1 fr. 50.

Kystes hydatites du poumon et de la plèvre, étude clinique par le Dr Alfred Hearn.

VARIETES.

La modestie n'est pas la vertu dominante des savants Germains. Les véritables causes de nos désastres et de la supériorité de nos pertes dans la dernière guerre. — Bactéries et Bactéricides. Vertot et Wirchow. L'apologue du singe qui montre la lanterne magique.

Les dernières guerres ont donné lieu à de nombreuses statistiques, sur les maladies et la mortalité des armées en campagne. Des documents officiels ont établi que, dans la campagne de Crimée, nous avons eu à déplorer la perte du tiers de nos soldats, qu'ils aient succombé devant l'ennemi, à la suite de leurs blessures, ou par le fait de maladies pestilentielles.

Dans la guerre de France, au contraire, sur un ensemble de 913,367 hommes, les Allemands n'ont eu à enregistrer qu'un total de 44,890 décès.

Ces résultats si différents sont attribués par, nos savants voisins, à l'expérience qu'ils ont su retirer de leurs campagnes antérieures, de la guerre de sécession d'Amérique, et surtout, au *grand savoir du corps médical Allemand !*

Loin de nous l'idée de contester la science de nos confrères d'outre-Rhin. Assurément la plupart d'entre eux sont des hommes instruits et sérieux. Quant à leur supériorité par rapport à nous, elle est fort contestable. La preuve, du reste, que la proposition contraire serait plutôt l'expression de la vérité, c'est que bon nombre de grands praticiens de l'étranger viennent, dans notre capitale, s'éclairer au foyer de la science Française, et y chercher un lustre, grâce auquel il leur est plus aisément donné de s'élever au premier rang dans leur patrie. Nous croyons, d'ailleurs, que les Allemands apprécient mal les véritables raisons de la supériorité des pertes que nous a fait subir cette funeste guerre, à laquelle nous étions si peu préparés.

Qu'il leur convienne donc de se souvenir de l'état de dénuement de nos pauvres soldats, pour la plupart mal abrités contre le froid, munis de chaussures à semelles de carton, privés même, souvent, des éléments les plus indispensables à la vie ! Que l'on tienne compte, aussi, des souffrances morales de ces hommes, marchant de défaite en défaite, et attribuant tous leurs malheurs à une mauvaise direction, à l'incapacité de leurs chefs. De quel courage peut être animé un soldat, qui, à tort ou à raison, n'a aucune confiance dans l'habileté de ses généraux?

A ces causes trop réelles d'abattement et de dépression s'en joignaient d'autres non moins efficientes. Notre territoire était envahi. Chacun avait à craindre pour sa position, pour sa fortune. L'esprit Français ne pouvait se faire à une perspective à laquelle l'avait si peu préparé le souvenir d'un glorieux passé !

Ajoutons que bon nombre de nos malades et de nos blessés n'ont pas été, au point de vue des soins et du bien-être, aussi bien traités que les malades Prussiens, pour lesquels tout était mis en réquisition, ainsi que cela se pratique *larga manu* en pays conquis.

L'armée d'invasion réalisait les conditions les plus opposées, si propres à assurer le succès de ses armes. On n'a pas su apprécier avec équité les raisons des succès si faciles d'un ennemi préparé de longue main, largement pourvu de toutes choses, obéissant, enfin, à un commandement unique, qui nous a fait défaut presque dès le début de cette néfaste campagne.

Nous trouvons, dans ces conditions si dissemblables, beaucoup plus que dans le niveau, soit disant plus élevé, de la science Allemande, la véritable explication de la différence des résultats, au point de vue de la léthalité, dans les deux armées en présence.

* *
*

Puisque nous sommes sur le chapitre des savants Allemands, quelques mots seulement sur un système qu'a essayé de faire prévaloir un des plus illustres enfants de ce pays des rêveries.

Un grand défaut, au point de vue pratique, de nos savants voisins, c'est de se préoccuper, plus que de raison, des points de détail. Ils aiment trop, ainsi que le disait le regretté Marchal (de Calvi), à *chasser la petite bête*. Le microscope, il fallait s'y attendre, est devenu leur instrument de prédilection. On peut avec raison leur appliquer, en le paraphrasant, ce vers notre immortel satyrique :

Aimez-vous le *microscope?* on en a mis partout !

Donc, nos très-minutieux confrères, se sont imaginé que ce nouveau mode d'exploration leur permettrait de trouver le *cur, quare*, d'une foule de phénomènes morbides restés, jusqu'ici, lettre close pour le commun des mortels.

Un beau jour ayant mis l'œil à l'objectif, ils ont découvert des bactéries, des micrococcocci dans le sang des sujets atteints de variole, de dysentérie, de diphthérie, de typhus fever, de fièvre typhoïde, etc. Il n'en fallait pas davantage pour donner l'essor à l'imagination Germanique, et bientôt l'illustre Wirchow fondait une doctrine nouvelle. L'étiologie si commode des microzoaires était créée. Comme conséquence logique en découlait un traitement approprié : la médication *bactéricide !*.....

Par malheur pour la gloire de l'Allemagne savante, de nouvelles expériences n'ont pas tardé à ruiner ces élucubrations de laboratoire.

Il est aujourd'hui parfaitement démontré que les bactéries n'apparaissent dans le sang qu'à une certaine période des maladies; qu'elles ne les précèdent jamais. On a injecté des microzoaires dans le sang d'animaux bien portants. Ces injections, se sont toujours montrées inoffensives.

Il est manifeste que les bactéries ne sont que les effets de la fermentation des humeurs, et que, loin de constituer une cause de maladie, les infusoires n'en sont que la conséquence.

Loin de nous la pensée de nous élever contre l'emploi d'un mode d'investigation susceptible de fournir à l'homme de l'art les renseignements les plus précieux. Nous prétendons seulement signaler les abus que l'on peut faire des meilleures choses, toutes les fois que l'on sacrifie à l'esprit de système.

Nous reprochons surtout, et avec raison, à nos savants voisins de se trop préoccuper des minuties, et de s'occuper plus qu'il ne convient du microscosme.

Devant l'irréfrayable témoignage des faits, l'illustre Wirhow eût dû reconnaître son erreur.

Melius est sistere gradum, quam progredi di per tenebras.

Mais un savant Allemand ne saurait faillir, encore moins se rétracter. C'est l'histoire renouvelée de Vertot, qui, malgré des documents contradictoires, parvenus trop tard à son gré, ne voulut rien changer à son siége de Malte. Il en est de même pour les micrographes Germains. L'erreur est flagrante : mais leur théorie est faite ; eux aussi prétendent n'y rien changer.....

Il est certain que nos doctes confrères font un usage abusif d'un instrument qui, jusqu'ici, n'a pas fait faire un pas en avant à la médecine pratique. Plus d'une fois même, il l'a induite en erreur, ainsi que pour ce qui a trait aux bactéries. Combien de fois, du reste, n'avons-nous pas vu les micrographes réputés les plus compétents dans le désaccord le plus complet? Il faut de la lumière, assurément, mais pas trop n'en faut. Le mieux, souvent, devient l'ennemi du bien, et nos savants voisins ne rappellent que trop l'apologue de l'aimable Florian. L'animal de la fable n'avait oublié qu'un point :

C'était d'éclairer sa lanterne.

Nos microscopomanes, dans l'espèce, n'ont eu qu'un tort; mais il est grand. C'est de trop éclairer la leur. Que voulez-vous? Pour être Prussien, on n'est pas infaillible.

Boîte aux lettres.

Dr G. à Aig. d'A., un peu de patience. 4129.

Le Rédacteur en chef-gérant,
Dr Hamon de Fresnay.

N° 12. — 15 JUIN 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Service de M. le Dr Duplay.

(*Suite.*)

3e Affections des yeux.

a. Ectropion. — *Procédé de M. Richet.* — *Blépharoraphie.* — M. Duplay choisit selon la variété à laquelle il a affaire : soit la méthode française, dite *par glissement*, soit la méthode indienne, déplacement d'un lambeau autoplastique.

Méthode française. — Dans l'ectropion cicatriciel, suite de brûlure, par exemple, le procédé de W. Jones est souvent inefficace parce qu'il peut ne pas exister une quantité suffisante d'étoffe pour relever la paupière et corriger la luxation plus ou moins complète du cartilage tarse qui s'est produite.

Le procédé de M. Richet permet, dans certains cas, de redresser plus facilement la paupière basculée. Il consiste, par une double incision sous-palpébrale, semi-lunaire et concentrique, à circonscrire un *lambeau* ou *pont* que l'on fait glisser en haut. Ce glissement laisse une surface cruentée que le chirurgien prend soin de combler à l'aide d'un second lambeau de même forme ou *deuxième pont* pris plus bas et remonté également par glissement après l'avoir disséqué. Ces deux ponts, pour faciliter leur déploiement, peuvent être séparés en deux par une ligne verticale, de façon à représenter après les sutures le dessin ci-contre :

Quant à la *méthode indienne*, elle consiste à emprunter, si la perte de substance faite pour redresser la paupière est trop grande, un lambeau sur une région voisine, le plus souvent la région temporale, et à le faire pivoter autour d'un pédicule adhérent de manière à ce qu'il vienne combler cette perte de substance.

Dans ces opérations, une précaution qui doit primer toutes les autres et sur laquelle Denonvilliers a insisté avec tant de raison, est de pratiquer la *blépharoraphie* ou suture des paupières, qui est de nature à contre-balancer le renversement qui a même tendance à se produire après toute l'opération de d'ectropion.

Pour pratiquer cette blépharoraphie, on avive le bord de chacune des paupières, mais on a le soin, dans ce temps, de ne faire cet avivement que sur le bord glandulaire et non sur le bord ciliaire : c'est avec des ciseaux courbes fins qu'on peut enlever le plus commodément une petite lanière étroite de ce bord libre.

Le chirurgien, pour éviter toute récidive doit prendre à tâche de laisser cette suture

palpébrale intacte pendant plusieurs mois, une année même ; puis, lorsqu'il juge que le tissu cicatriciel a perdu presque complétement ses propriétés rétractiles, de ne procéder que graduellement à la désunion des bords des deux paupières et de temps en temps par petit coup de ciseaux.

b. Cataracte. — *Procédé de de Græfe.* — C'est le procédé de *de Græfe* (extraction linéaire périphérique avec iridectomie) qu'emploie le plus souvent M. Duplay, — il opère, le malade étant couché, se met en arrière pour l'œil droit et en avant ou de côté pour l'œil gauche : il ne se sert pas de blépharostat, mais des doigts d'un aide pour écarter les paupières ; pour fixer l'œil il saisit la conjonctive avec la pince de Waldau qui permet de diriger le globe oculaire en bas : le couteau de de Græfe étroit et pointu, et tenu le tranchant vers la partie supérieure, est enfoncé dans la sclérotique à un millimètre environ de la circonférence cornéenne et à deux millimètres au-dessous de la ligne horizontale tangente à la partie supérieure de cette membrane transparente. On fait cheminer ce couteau dans la chambre antérieure de façon à ce que sa pointe vienne ressortir au point diamétralement opposé à son entrée ; quelques petits mouvements de va-et-vient suffisent pour diviser la sclérotique.

La section de l'iris se pratique en deux temps de la manière suivante : une pince à iridectomie attirant cette membrane au dehors, la main d'un aide armée de petits ciseaux courbes sectionne la moitié du segment de l'iris qui est rendu saillant, le chirurgien continue à tirer sur cet iris et les ciseaux achèvent la section de ce qui reste : pour faire sortir le cristallin il emploie le kystisome droit ou coudé, et, s'il est besoin, la curette en caoutchouc durci de de Græfe. — Pansement avec des rondelles de charpie superposées sur chacun des yeux et légère compression avec une bande de flanelle.

S'il y a douleurs oculaires le soir, injections répétées sous-cutanées de chlorhydrate de morphine au niveau de la tempe.

4° Affections des organes génito-urinaires.

a. Hydrocèle vaginale. — *Injection iodée.* — M. Duplay préfère le traitement classique (ponction et injection iodée) à la méthode de Monod (injection de quelques grammes d'alcool rectifié après évacuation) et à celle de Defer de Metz, décrite dans notre Répertoire du 15 mars : cette dernière a donné entre ses mains une suppuration de la tunique vaginale ; il a essayé l'année dernière à St-Antoine, chez un jeune homme porteur d'une hydrocèle simple de la tunique vaginale, la méthode par *séton filiforme* introduit à travers la poche et laissé seulement 24 heures dans le but de modifier le contenu et d'activer l'absorption du liquide : des accidents inflammatoires d'un certaine gravité, survenus dans ce cas, ne l'ont pas engagé à renouveler pareilles tentatives sur d'autres malades.

b. Rétrécissement de l'urèthre. — *Dilatation permanente.* — Dans la thérapeutique des retrécissements du canal de l'urèthre, M. Duplay fait usage :

1° Des *méthodes chirurgicales ;*

2° De la *méthode* dite *physiologique.*

Il regarde les *méthodes chirurgicales* dites mécaniques comme méthodes d'exception. Elles répondent toutes à des variétés particulières, et, pour appliquer chacune d'elles, il est nécessaire, bien entendu, que l'indication existe.

La *méthode physiologique* consistant dans la dilatation lente et progressive, est considérée par ce chirurgien comme méthode de choix, méthode courante : cette dilatation est ou bien *temporaire* ou bien *permanente.*

La *dilatation temporaire* n'est pas celle qu'il choisit de préférence : elle exige bien souvent, car il ne faut jamais violenter le canal, un tâtonnement répété qui a le grand inconvénient de produire sur la muqueuse de l'urèthre de petites déchirures, de la faire saigner par conséquent et d'exposer les malades aux accidents de la fièvre urèthrale ; il n'aurait donc tendance à l'employer que si les numéros des

bougies pouvant se succéder sans aucun effort : en somme, d'après M. Duplay, cette méthode, d'une façon générale, présente plus d'inconvénients que d'avantages.

Il regarde au contraire la *dilatation permanente* comme préférable. Il laisse la sonde à demeure, en renouvelle bien moins souvent l'introduction et quand il juge à propos d'en passer une nouvelle, il peut sauter plusieurs numéros, c'est-à-dire franchir la série indispensable dans la dilatation temporaire, en cathétérisant moins fréquemment, en excoriant beaucoup moins la muqueuse uréthrale.—Dans l'application de cette méthode il ne faut jamais violenter le passage et attendre, avant de faire succéder une sonde à une autre que la première joue facilement dans l'urèthre et qu'il y ait apparition au niveau du méat d'un écoulement muco-purulent, indice que le rétrécissement a subi un travail de ramollissement salutaire. Quel est le processus en ce cas, quel est le mécanisme suivant lequel agit cette forme de dilatation? C'est à M. Voillemier, promoteur de cette méthode depuis longtemps, qu'on en doit l'explication la plus logique.

Dans cette dilatation permanente, l'*action* véritablement *mécanique* n'entre que pour une bien faible part, et on se trompe en croyant que plus grosse on met la sonde, plus on agit sur le canal d'une façon prompte et efficace : l'*action physiologique* est au contraire presque tout : la sonde ou bougie constitue un corps étranger qui développe un travail inflammatoire dont le seul but est son expulsion : tout d'abord cette inflammation donne lieu à un gonflement de la muqueuse qui exagère encore la constriction, puis les tissus se retirent sur le corps étranger en se ramollissant et devenant le siége de la suppuration : tant que cet écoulement muco-purulent ne se produit pas, on peut être sûr que le rétrécissement ne se ramollit pas.

Avec la dilatation temporaire on est loin de pouvoir parvenir toujours à vaincre les rétrécissements, aussi a-t-on recours souvent, en pareil cas, à des moyens chirurgicaux (uréthrotomie) qui sont graves. M. Duplay ne veut pas dire cependant que la dilatation permanente soit entièrement exempte de tout danger, elle oblige à rester plus longtemps au repos et à porter, si on se lève, un suspensoir; mais il croit qu'elle fait bénéficier le malade d'avantages plus grands que l'autre méthode ; aussi nous la lui avons vu appliquer fréquemment à l'hôpital St-Antoine.

Dr Gillette.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Considérations pratiques sur les appareils employés dans la galvanocaustique thermique.

Les appareils électriques employés pour faire la galvanocaustique thermique sont assez variés ; Crusell se servait de la pile de Daniell ; J. Marshall, R. Ellis et Middeldorpf, de la pile de Grove; Sedillot et Amussat, de la pile de Bunsen ; de Bruns, d'une pile de Sturgeon.

Le plus connu de tous est celui de Middeldorpf, il se compose de quatre couples de Grove (zinc et platine), de 25 centimètres de hauteur et de 12 centimètres de diamètre placés dans une caisse à quatre compartiments. Les deux pôles de chaque couple viennent aboutir à une cuvette placée au centre de la pile. Sur cette cuvette le chirurgien de Breslau plaçait un disque avec tiges en cuivre appelé commutateur, destiné à obtenir les combinaisons nécessaires pour chauffer les différentes électrodes. Le nombre des commutateurs était de huit.

M. Leiter, fabricant d'instruments de chirurgie à Vienne, avait placé dans sa vitrine à l'Exposition universelle de 1867, un appareil électrique composé de 4 couples plats de Bunsen (zinc et charbon), pouvant être mis en tension ou en quantité à l'aide d'un mécanisme fort simple. Ces couples étaient disposés dans une boîte en caoutchouc durci, divisée en quatre compartiments et moins volumineuse que la précédente.

Ces deux appareils fournissent la quan-

tité d'électricité nécessaire pour toutes les opérations de chirurgie ; mais, la pile de Grove est la plus constante et donne beaucoup moins de vapeurs acides que la pile de Bunsen, aussi doit-on lui accorder la préférence. Le transport des acides étant difficile et dangereux, ils conviennent surtout aux services hospitaliers.

En 1852, Nelaton cautérisa des tumeurs érectiles en employant la pile de Munch pour chauffer son galvanocautère. A la même époque, le Dr. Hilton, chirurgien à Guy's hospital, se servit de la pile de Cruikshank pour enlever une tumeur vasculaire développée derrière l'oreille d'un enfant de deux mois. Ces appareils, fonctionnant avec un seul liquide, ne nécessitent que le transport d'une faible quantité d'acide, mais sont peu constants.

M. le Dr Broca comprenant tout l'avantage, pour la pratique des opérations en ville, d'un appareil établi sur le même principe, mais pouvant fonctionner assez longtemps, s'adressa en 1857 à un chimiste français, possédant déjà une pile à un seul liquide, destinée à des usages industriels, et obtint qu'il la modifiât de façon à en faire une pile thermique très-puissante.

M. Grenet se basant sur les données fournies par M. Pogendorf (1) et sur les indications de notre confrère, construisit un appareil composé de plaques de charbon et de zinc, reliées entre elles et maintenues dans une cage en caoutchouc durci. En le plongeant dans une cuve en plomb contenant une solution de bi-chromate de potasse dans de l'acide sulfurique étendu de six fois son volume d'eau, on produisait un courant électrique très-intense et pouvant porter au rouge blanc les différentes électrodes en platine, employées pour la galvanocaustique thermique. De plus, il eut l'ingénieuse idée d'agiter le liquide en y faisant passer un courant d'air, ce qui conservait au courant une intensité à peu près constante.

En dotant la chirurgie d'un appareil très-portatif et très-puissant, MM. Broca et Grenet ont rendu un véritable service aux praticiens et n'ont pas peu contribué à la vulgarisation d'une méthode de traitement qui rend des services incontestables.

Dès que cette pile chirurgicale fut connue, je renonçai à celle de Bunsen, et depuis lors je n'ai plus fait mes opérations qu'avec l'appareil fonctionnant dans le bain de bi-chromate de potasse.

La nécessité de mettre la pile chirurgicale de M. Grenet en état de fontionner régulièrement et la difficulté que j'éprouvais à l'exécuter moi-même, me faisaient vivement désirer qu'on pût en simplifier sa construction. J'en parlai un jour à M. Trouvé, qui avait bien voulu à plusieurs reprises se charger des réparations nécessaires, et il me fit observer que ce travail serait d'une très-grande simplicité, si les éléments étaient indépendants. Frappé de cette observation, je cherchai dès lors comment on pourrait faire un appareil électrique basé sur ce principe. Après y avoir réfléchi quelque temps, je fis un modèle en carton et je priai M. Trouvé de vouloir bien me faire une pile avec la disposition à laquelle je m'étais arrêté.

La figure 1 représente l'appareil fait d'après mon modèle. Il se compose d'une cage en caoutchouc durci dans laquelle sont placés des charbons et des zincs en nombre égal, maintenus à une distance convenable par les règles supérieure et moyenne de la cage, qui sont divisées comme une crémaillère. Les zincs et les charbons sont tranchants à leur partie supérieure pour recevoir les contacts qui sont constitués par des pinces élastiques en cuivre, distancées entre elles par des tronçons de tubes des cuivre, le tout embroché sur une tige et serré par deux écrous. Les rhéophores s'ajoutent au moyen de pinces à coulant très-simples, sur deux tiges en rapport avec les contacts. J'ai fait remplacer la caisse a air de la pile de

(1) D'après M. Pogendorf en prenant trois parties de bi-chromate de potasse, quatre parties d'acide sulfurique et dix-huit d'eau, on a dans les piles de Grove ou de Bunsen un effet aussi énergique qu'avec l'acide azotique ; il se forme un alun de chrôme dans la dissolution, après la réduction complète de l'acide chromique et si l'on reprend les résidus, on peut reformer du bi-chromate de potasse sans perdre le sel de chrome.

Du Moncel, *Exposé des applications de l'électricité*, 2e édit., t. 1er, p. 100. Paris, 1856.

Grenet par un tube de caoutchouc percé de trous en face de deux ouvertures longitudinales, taillées dans la plaque inférieure qui supporte tous les éléments. M. Trouvé poursuivant son idée première, réduisit cet appareil à sa plus grande simplicité, comme on le voit dans la figure 2.

La cage est formée uniquement par trois plaques de caoutchouc durci, dont l'une sert de base et les deux autres forment les montants. Elles sont maintenues à la partie supérieure par la poignée même ; l'écartement des éléments est obtenu très-simplement au moyen de jarretières en caout-

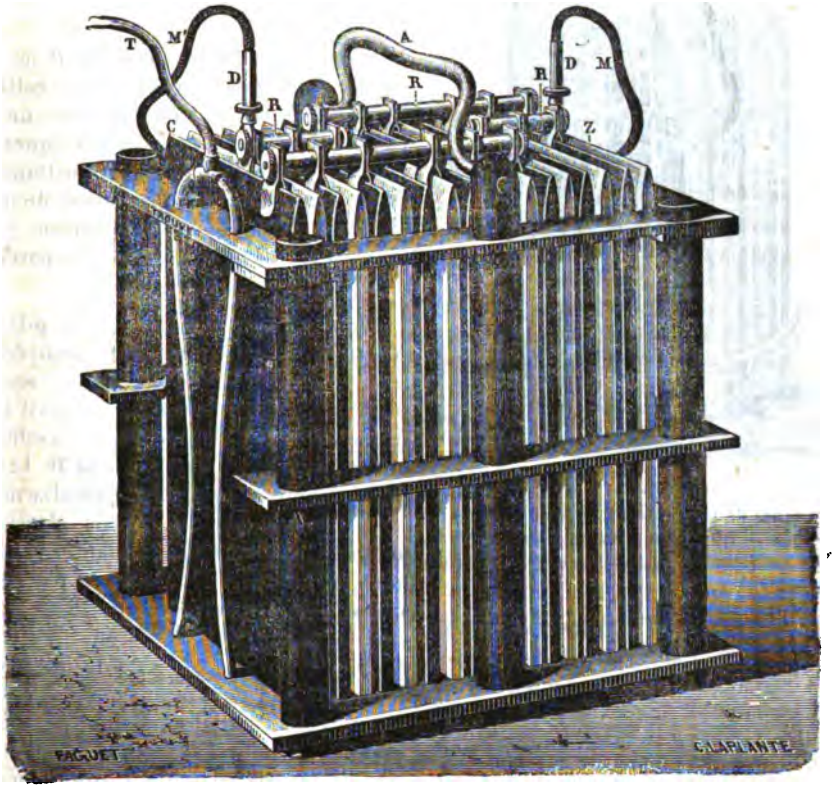


Fig. 1.

C. Charbons — Z. Zincs — RR" R' contacts mobiles — MM" rhéophores — DD pinces pour assujettir les rhéophores — T. Tube insufflateur — A poignée pour porter la pile.

chouc, que l'on place en haut et en bas des charbons. Ces jarretières en caoutchouc en cas de choc violent servent de coussin et évitent dans bien des cas la rupture des charbons. L'insufflation se fait également au moyen d'un tube en caoutchouc percé de trous. Tel est l'appareil que M. Trouvé m'a fourni en 1870. Depuis cette époque, en diminuant beaucoup l'épaisseur des zincs, il en a construit de peu volumineux, contenant 20 éléments au lieu de 12; de plus il a fait des piles de trois dimensions. Dans la plus petite, les éléments ont 12 centimètres de hauteur sur 8 de largeur, dans la moyenne 15 sur 12 et dans la grande 18 sur 15. Dans chacune d'elles, les éléments sont réunis de manière à former deux couples. Le grand modèle représente une surface active de près d'un mètre carré.

M. Grenet avait fait garnir d'une lame de plomb les caisses destinées à contenir le bain de bi-chromate de potasse ; comme elles présentaient des inconvénients que je vais signaler, je les ai abandonnées. Quand la lame de plomb était épaisse et

pouvait résister longtemps à l'action de

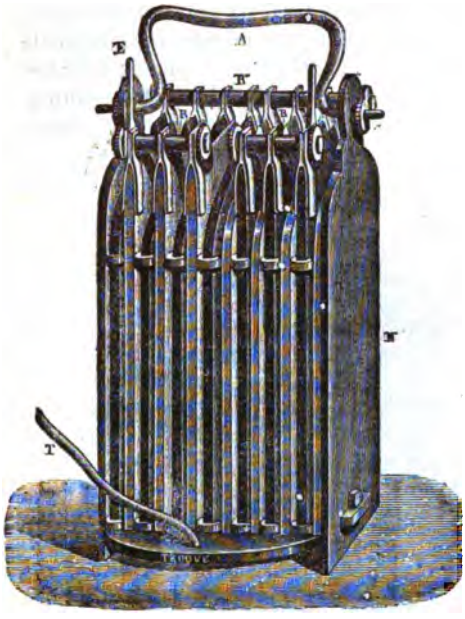


Fig. 2.

A, poignée de la pile — EE' tige supportant les rhéophores — RRR" contacts mobiles — NN' plaques de caoutchouc formant la cage — T, tube insufflateur.

l'acide, la caisse était trop lourde ; quand, au contraire la lame de plomb était mince, elle se perçait assez promptement. Pour obvier à ce double inconvénient, j'ai fait fabriquer des caisses en caoutchouc durci, qui offrent l'avantage de ne pas s'altérer et de n'avoir pas trop de poids. M. Trouvé les a adoptées pour ses piles chirurgicales.

La quantité d'électricité que la pile fournit dans un temps donné étant en rapport avec l'étendue en surface des éléments de chaque couple, il convient d'employer une pile dont les éléments aient des dimensions en rapport avec le volume du galvanocautère.

La tension du courant étant indépendante de l'étendue en surface de chaque couple, mais en rapport avec le nombre des couples, on le proportionne à la longueur du fil que l'on veut chauffer. Par conséquent, lorsqu'on veut se servir d'un fil très-long, il faut prendre les piles 1 et 2 ou les piles et 2 et 3 suivant la grosseur du fil, et les réunir en tension dans deux bains distincts. Afin de pouvoir produire à volonté des effets chimiques et thermiques, M. Trouvé m'a fait établir une pile composée de dix cuvettes en caoutchouc durci, dans lesquelles on peut immerger, d'une quantité voulue et variable, dix grands couples de Bunsen, plats, réunis en tension.

En disposant convenablement les contacts dans ma pile et dans celle de M. Trouvé, on peut fournir avec un seul appareil deux courants galvaniques distincts, mettre en action simultanément deux sécateurs et abréger ainsi de moitié la durée d'une opération, comme je l'avais fait, du reste, avec un appareil de Grenet (1).

Pour graduer l'intensité de la pile et ne chauffer l'électrode qu'à une température convenable, j'ai, dès l'origine, employé deux moyens. Le premier consistait à cesser d'agiter le liquide par l'insufflation ou en promenant la pile dans le bain de bi-chromate de potasse et, quand ce moyen ne suffisait pas, je la faisais élever plus ou moins par un aide, de manière à diminuer la surface d'immersion, et par conséquent l'intensité du courant. Pour atteindre le même but M. Grenet avait fait adopter à la caisse de sa pile un bras de levier mû par une pédale ; M. Trouvé a fait un petit treuil fort simple pouvant se placer et s'enlever à volonté et permettant de maintenir la pile immergée au degré voulu et tout le temps nécessaire à l'opération. Afin de pouvoir être en mesure de régler moi-même la température de l'électrode, je suis revenu à l'idée de M. Grenet et j'ai prié M. Trouvé de me faire un bras de levier terminé par une pédale et pouvant s'adapter à volonté à la pile ; de plus, j'ai fait ajouter du côté de la pédale un morceau de fonte destiné à contrebalancer en partie le poids de la pile ; de cette manière, une pression très-légère du pied suffit pour l'élever instantanément et suffisamment hors du bain sans se fatiguer.

Pour faire le bain de bi-chromate de

(1) *France médicale*, 1869, p. 780.

potasse, je me suis généralement servi de la formule donnée par M. Grenet.

Acide sulfurique à 66°, 1 litre.
Eau distillée, 6 litres.
Bi-chromate de potasse cristallisé très-pur, 600 grammes.

Les piles à éléments indépendants offrent de grands avantages puisqu'elles permettent à l'opérateur de les maintenir dans un état de propreté indispensable à leur fonctionnement régulier et de les remplacer dès qu'ils ne fournissent plus un courant suffisant. Le prix des charbons variant sensiblement suivant leurs dimensions, il est avantageux d'avoir des appareils de grandeurs différentes et de se servir de celui qui suffit pour chauffer une électrode déterminée.

Dans son travail sur la galvanocaustique thermique, publié en 1873, M. le Dr. Bœckel, de Strasbourg, a donné la description et la figure de l'appareil qu'il a fait exécuter pour pratiquer ses opérations. Il se compose d'une caisse en caoutchouc durci de 28 centimètres de long, sur 17 de large et 25 de hauteur, divisée en quatre compartiments renfermant chacun un couple composé d'une plaque de zinc de 15 centimètres sur 20, entre deux plaques de charbon la dépassant par le bas. Ces couples sont suspendus à une traverse et combinés en deux batteries, offrant une

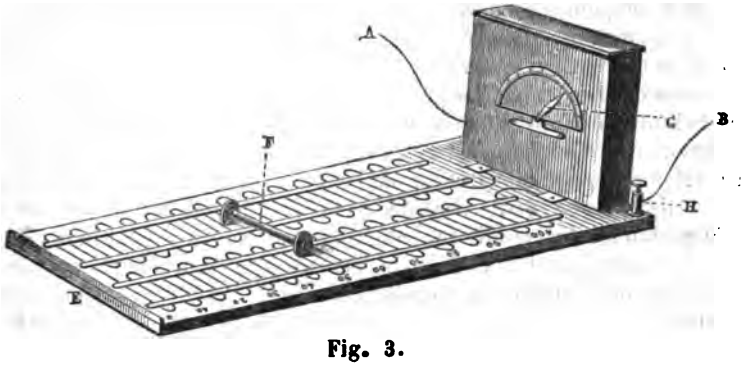


Fig. 3.

surface active de zinc de plus de 2,000 centimètres carrés. Un arc en laiton, traversé par une tige à vis fixée à la traverse, permet d'élever et d'abaisser facilement les couples.

Pour graduer cet appareil M. Redslob a construit l'instrument suivant: sur les deux côtés d'une planchette de sapin sont disposés deux long fils d'argentan faisant chacun 50 méandres. Ces deux fils ne communiquent que par l'entremise d'une paire de roues massives en cuivre réunies par un axe de même métal et cette espèce de chariot peut rouler librement d'un bout à l'autre de l'échelle constituée par les fils d'argentan, figure 3.

Le système est intercalé dans l'un des rhéophores et selon qu'on roule le chariot de l'une des extrémités de la planchette vers l'autre, on fait passer le courant par toute la longueur des deux fils ou seulement par une faible portion. Or, l'argentan est de tous les métaux le plus mauvais conducteur et les nombreux coudes des fils augmentent encore leur résistance au passage du courant. Celui-ci peut donc être affaibli ou augmenté très-rapidement et sans interruption, rien qu'en faisant rouler la paire de roues d'un côté ou de l'autre. En les soulevant le courant cesse instantanément. Pour simplifier la manœuvre, les différents coudes du fil sont gradués de 100 à 1. Ces chiffres n'indiquent aucune valeur absolue, mais seulement la force relative du courant envoyé par la pile. Le chirurgien n'a donc qu'à commander la manœuvre en nommant un chiffre, et l'aide peut aussitôt exécuter l'ordre en communiquant une légère impulsion aux roues.

Comme on le voit, grâce aux efforts des chirurgiens qui se sont le plus occupés de galvanocaustique et des fabricants intelligents qui les ont secondés, on possède

actuellement des appareils générateurs délectricité aussi simples que puissants.

La pile au bi-chromate de potasse est l'appareil qui convient le mieux pour faire la galvanocaustique en ville. Le chirurgien, sachant d'avance l'opération qu'il doit pratiquer, choisit l'appareil le moins volumineux et par conséquent le plus facile à transporter, celui dont les éléments coûtent le moins cher lorsqu'il s'agit de les remplacer.

Un fait qui n'est certainement pas très-connu, si même il a été signalé, c'est l'usure assez rapide des plaques de charbon immergées dans le bain de bi-chromate de potasse. Cette usure que je soupçonnais depuis longtemps est devenue évidente pour moi en plaçant dans un brasier des plaques de charbon ayant servi un certain nombre de fois et en les portant au rouge pendant une demi-heure environ. Après les avoir retirées, j'ai constaté que toute la portion qui avait subi l'action du bi-chromate de potasse était corrodée, rongée très-profondément, tandis que celle qui se trouve toujours en dehors du bain, n'avait subi qu'une altération presque inappréciable.

Cette expérience m'a permis de comprendre pourquoi les piles à charbon étaient inconstantes et perdaient même assez vite leur puissance électrique. J'ai été conduit ainsi à remplacer dans ma pile et dans celle de M. Trouvé, les charbons par des plaques très-minces de platine et d'aluminium et je m'occupe actuellement de rechercher si on pourra en tirer parti. Ces appareils seront nécessairement moins puissants que les piles à charbon au début de leur usage, mais s'ils étaient suffisants, ils auraient probablement une constance qui fait défaut dans les seconds et alors il ne resterait plus qu'à examiner la question économique.

Je terminerai en rappelant qu'une condition essentielle pour faire convenablement les opérations de galvanocaustique thermique, c'est de maintenir les éléments et les contacts dans un état de propreté parfaite, sous peine de s'exposer à de cruels mécomptes au lit du malade.

A. Amussat.

Maladies dans lesquelles on emploie le colchique (1).

Hydarthrose, v. *Hydropisie des articulations.*

Hydrothorax. — Storck, Collin, Plenck ont vanté le colchique contre l'hydrothorax. — Hildebrand a prescrit avec succès la mixture suivante : teinture de semences de colchique ; teinture de digitale, de chaque 10 grammes ; éther alcoolisé, 2 grammes : vingt gouttes toutes les 3 à 4 heures. — Parmi les moyens curatifs de l'hydrothorax, dit Rougnon (t. II, p. 24), les vésicatoires répétés et l'oignon de colchique employé de toutes les manières sont le secours le plus efficace. — Boret, dans un hydrothorax suite de pleurésie, après avoir employé inutilement la saignée et les révulsifs, prescrit six gouttes de teinture de colchique trois fois par jour dans une infusion de tilleul ; la dose fut portée jusqu'à trente-six gouttes par jour. Les urines coulèrent abondamment, et l'hydrothorax disparut. — Siebert assure avoir guéri plusieurs hydrothorax rhumatismaux de trois à quatre jours par le colchique. Il ajoute toutefois qu'on doit mêler une septième partie d'opium à la teinture ou au vin de semences de colchique et l'administrer à la dose de vingt à vingt cinq gouttes et davantage, plusieurs fois par jour. (Schmit's *Encyclop.*, t. VI, p. 441.)

Hydropisies. — Storck a recommandé vivement le colchique en oxymel à la dose de 5, 15 et 30 grammes par jour dans un véhicule approprié. Il provoque constamment la sécrétion urinaire et souvent l'expectoration. Il en a obtenu un grand nombre de guérisons inespérées. Il a vu souvent l'oxymel de colchique uni à l'extrait de ciguë, produire des effets merveilleux dans l'hydropisie qui dépend des

(1) Suite. Voir tous les numéros à partir du 15 avril.

obstructions des viscères (Libell. *De usu medico pulsat. nigric. append.*, 1771). —De tous les anti-hydropiques, dit Collin, le colchique est le plus efficace, ne troublant pas le corps, pouvant être donné avec sécurité même lorsqu'il y a de la fièvre à laquelle il remédie. Il cite trente-huit cas de guérison, il en possède plus de cent. Il reconnaît qu'il y a des hydropisies qui ne guérissent pas par le colchique et qui guérissent par d'autres remèdes. Il ajoute encore qu'il est souvent bon de prescrire avec le colchique quelque autre médicament comme de légers stimulants, des fortifiants pour ranimer les forces languissantes. Il prescrit l'oxymel à la dose de 30 à 120 grammes par jour, et se sert de bulbes récents pour le préparer (*Obs. circa morb. acut. et chron.*, 1772). — Heuermann a donné la poudre avec grand succès dans les hydropisies provenant de l'engorgement des glandes du mésentère. — Planchon en fait le plus grand éloge. Mais il n'est pas étonnant, dit-il, qu'il échoue souvent, les hydropisies étant souvent la suite d'affections organiques. — Theden a trouvé très-efficace le mélange de la poudre de racine de colchique seule ou avec le tartrate de potasse, par parties égales, dans les cas d'hydropisies très-opiniâtres. Cette poudre agit en produisant des évacuations alvines copieuses sans aucune mauvaise suite (1783). — Baraillon donne l'oxymel comme un des meilleurs moyens contre l'hydropisie (*Mém. de la soc. roy. de méd.*, 1784).— Franck a obtenu cinq guérisons avec l'oxymel (*De curand. hom. morb.*). — Naumann soutient que ce moyen surpasse tous les autres diurétiques et qu'il est d'autant plus précieux, qu'il agit en même temps sur le système vasculaire sans produire des vomissements comme la scille dont il approche le plus. — Plenck et Quarin confirment au colchique les éloges qu'on lui a donnés. — Cullen le prescrivait dans les hydropisies inflammatoires. — Bradesley guérissait les hydropisies par le vin de semences à la dose de vingt gouttes, en augmentant jusqu'à trente gouttes, et en administrant en même temps la vératrine (lisez colchicine) (*Froriep's Notiz*, 1830 t. XXVII). — Barez regarde le vin de bulbes comme l'un des meilleurs diurétiques contre les épanchements aqueux. — Mason Good, (*Etude sur la méd.*) et Craigie (*Méd. prat.*) vantent également son efficacité. — Lorsque l'hydropisie, dit Copland, se manifeste à la suite des maladies de cœur, lorsqu'elle est d'une nature sthénique, ou se déclare dans une diathèse rhumatismale ou goutteuse, le colchique est quelquefois très-efficace, seul ou combiné avec le camphre, l'ammoniaque ou le carbonate de soude dans une infusion de quinquina (*Dict. de méd.*, 1840). — Cas. Smith préconise le colchique dans les hydropisies, spécialement celles qui surviennent après la scarlatine ou après les couches, celles qui sont liées aux affections organiques du cœur et des gros vaisseaux. Il a employé dans un cas la potion suivante : carbonate de potasse, 5,00; vinaigre de colchique, Q. S. à parfaite saturation : ajoutez, eau de persil 200,00; teinture de semences de colchique, 5,00; oxymel de colchique, 50,00. Une cuillerée à bouche chaque deux heures. Quelques vomissements bilieux ont lieu au début et cessent; selles abondantes, miction vingt à trente fois par jour; ralentissement du pouls, transpiration; le dixième jour l'infiltration générale disparaît visiblement. En continuant la mixture, les selles deviennent moins abondantes, les urines et les sueurs augmentent et la guérison arrive le vingt-troisième jour. Suivant Smith les meilleures préparations sont la teinture, le vin et les semences en poudre. Il croit devoir faire précéder son emploi de celui d'un purgatif pour dégager le foie: 0,50 à 1,00 de calomel. Pour lui, le colchique dans son action primitive est plutôt purgatif que diurétique (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1848). — Dans deux cas d'hydropisie générale, l'une suite de scarlatine avec albuminurie, l'autre suite d'affection du cœur, H. Kennedy a employé avec succès le vin de colchique uni aux diurétiques. Il le donne à des doses modérées qu'il augmente jusqu'à 12 et 24 grammes par jour; l'estomac doit être sain (*Dublin med. press.*, 1849). — Macgregor Macla-

gan accorde au colchique une grande efficacité comme diurétique dans l'hydropisie qui suit la scarlatine et qui est accompagnée de suppression d'urine et d'un état comateux, symptômes qui seraient dus à la grande diminution d'urée et d'acide urique dans l'urine et à son mélange au sang. Le colchique est merveilleux dans ce cas pour ramener l'urée à sa quantité normale. C'est l'extrait acétique des bulbes qu'il emploie à la dose de 5 à 15 centigrammes, répétée deux ou trois fois par jour. La veille de l'administration de ce médicament l'urine en était arrivée à ne contenir que 2,427 d'urée, une trace d'acide urique; tandis que l'albumine y figurait pour 14,490 et les sels inorganiques pour 13,510. L'action du colchique fut si rapide que, dès le lendemain, les symptômes comateux avaient considérablement diminué; l'urine était abondante et avait repris sa densité normale. L'analyse pratiquée le troisième jour y fit trouver 7,500 d'urée, 0,480 d'acide urique, tandis que l'albumine n'y figurait plus que pour 8,718. Le quatrième jour, les symptômes comateux avaient disparu avec les épanchements et l'anasarque. Le cinquième, il survint une diarrhée qui fit suspendre l'emploi du colchique; mais l'examen de l'urine fit reconnaître que l'albumine avait disparu et que l'urée et l'acide urique étaient revenus à leurs proportions normales, 13,573 pour la première et 0,814 pour le second; il n'y avait plus que 7,431 de sels inorganiques. Deux autres malades présentant les mêmes accidents furent traités avec le même succès.

Ces nombreux témoignages en faveur du colchique ne permettent pas de douter de sa puissante action contre certaines hydropisies. Il est naturel d'admettre également qu'il a dû souvent échouer; aussi ne peut-on nullement s'étonner de l'opinion de Kratochwill, alors même qu'il n'eut pas été jaloux et ennemi particulier de Storck. Il regarde, lui, la racine de colchique comme entièrement inerte ou inutile dans le traitement de l'hydropisie où il l'a essayée en vain. (*De radic. colch.* 1764.)

Ce qui doit mettre en garde contre l'opinion de Kratochwill, c'est la puissante action du simple oignon commun, *allium cepa*, dans les circonstances analogues. Si l'oignon ordinaire guérit merveilleusement l'hydropisie générale, comment peut-on, contre l'expérience des autres, refuser toute action à l'oignon ou bulbe du colchique bien autrement énergique?

Hydropisie ascite. — Storck rapporte plusieurs exemples d'ascites guéries par l'oxymel de colchique. Il y a souvent joint la terre foliée de tartre. Un cas était accompagné d'une toux dangereuse, un autre de jaunisse, un autre d'asthme. — Dans l'ascite, dit Collin, j'ai vu rarement la guérison s'opérer par les évacuations alvines; aussi, si l'oxymel de colchique provoque la diarrhée, il faut la diminuer en donnant de l'opium mêlé à des adoucissants. Il calme les tranchées, s'il y en a, modère les évacuations et souvent son usage est suivi d'une diurèse copieuse accompagnée quelquefois de sueurs. On voit quelquefois la guérison arriver sans aucune évacuation sensible (*Ann. méd.*, t. II, p. 346). — Vogel a guéri une hydropisie énorme du péritoine durant depuis douze ans, au moyen de l'oxymel de colchique qui produisit un effet incroyable pendant quelques jours. Cet oxymel était préparé avec une dose de racine double de celle prescrite par Storck; on en donnait une grande cuillerée matin et soir (*De cogn. et cur. hom. m.*, t. II, p. 254). — Voltelen indique comme un excellent hydragogue dans l'ascite la formule suivante: eau de persil, 200,00; esprit de Mindererus, et oxymel de colchique, àâ 60,00. Une cuillerée chaque deux heures (Augustin, *pharm. extemp.*). — Planchon du Hainaut a donné souvent l'oxymel de colchique; jamais il n'a produit de mal. Toujours il a augmenté les urines et diminué la maladie (*J. de Yand.*, 1765). — Marges cite trois observations d'ascites guéries par le même moyen (*J. de méd. de Roux*, 1765). — Scopoli a vu guérir par l'oxymel une femme hydropique de soixante-cinq ans. Deux autres fois le médicament a échoué (*Flora carniolica*, 1772). — Trois ascites

sont guéries par Carminati, au moyen de l'oxymel à la dose de 1,25 à 60 et 90 gram. (*Bull. de Férussac*, t. VIII). — Dans l'ascite rhumatismale avec accidents gastriques et douleurs dans les organes abdominaux et dans les membres, sans fièvre, infusion de semences de colchique, 2 à 4 grammes pour 200 grammes d'eau. Une cuillerée à bouche chaque heure, cause nausées, vomissements, diarrhée, ralentissement du pouls et augmentation des urines et des sueurs, et amène la guérison (Albert, *Medicinisches Corresp. Blatt.*, etc., 1842). — Wendt regarde le vin de bulbes comme un des meilleurs diurétiques contre l'ascite (1837).

Hydropisie des articulations. — *Hydarthrose.* — Chélius a employé avec succès le vin de semences dans l'hydropisie articulaire (*Arch. de méd.* t. XVIII, 1834). — Plenck dit qu'en donnant le colchique (oxymel ?) à la dose de 8 grammes, il a guéri deux hydarthroses du genou (*Mat. chir.*, 1771).

Hypochondrie. — Raven a guéri un cas avec 30 gouttes de teinture toutes les huit heures. (*Bibl. méd.*)

Hystérie. — Dans un cas d'hystérie par impression vive et ayant résisté à beaucoup de remèdes, Alderson, d'après Raven, a employé avec succès trente gouttes de teinture toutes les huit heures. (*Bibl. méd.*, *LX.*)

Ichthyose. — Le colchique a été indiqué par Jansen.

Ictère. — Rob. Lewins l'a administré avec avantage, mais à doses faibles et réfractées (*The. brit. med. Rev.*, 1837). — Copland (1840) l'a employé avec les plus grands succès uni avec les mercuriaux ou les sels neutres. Il faut le donner à petites doses et pendant longtemps en surveillant son effet. Lorsqu'il produit de la faiblesse on le mélange avec le camphre ou autres toniques. Souvent il augmente la sécrétion de la bile et dissout l'inflammation chronique et le gonflement du foie.

Iritis. — Une iritis précédée de rhumatisme a été guérie par le colchique. Après une rechute, nouvelle guérison (Locher-Balber). — Ammon le signale pour l'iritis rhumatismale et arthritique (1841).

Leucorrhée. — 15 centigrammes de poudre mêlée avec du savon pour une pilule; trois pilules par jour. On peut élever la dose jusqu'à 25 centigrammes. Cette dernière dose prise trois fois par jour suffit ordinairement pour guérir la maladie en dix jours. Quelques cas exigent que l'usage en soit continué pendant trois semaines ou un mois. Pendant la durée du traitement, s'abstenir de tout breuvage contenant de l'alcool (Ritton, *The Lancet*, 1834).

Névralgies. — Gay a préconisé le colchique à l'intérieur et à l'extérieur. — Chélius a employé avec succès le vin de semences dans diverses névralgies. — Dans plusieurs névralgies rhumatismales, opiniâtres, avec intermittence régulière, Goss de Dowlich a obtenu des succès marqués avec le vin de semences; 30 gouttes 3 fois par jour. Il avait précédemment donné le sulfate de quinine, mais à faibles doses et avec des purgatifs, sans succès. — Une *névralgie du testicule* a cédé aux préparations de colchique à l'intérieur avec la pommade de belladone en onctions (Graves, *J. de Dublin*, 1839). Joseph Frank s'est servi de la teinture contre la *névralgie faciale* ou *tic douloureux*, comme diurétique et pour diminuer le danger du passage de la névralgie à l'hydropisie. (*Pathol.*, t. III, p. 296.)

Roux de Brignoles prescrit matin et soir de 15 à 30 gouttes de vin de colchique dans un demi-verre d'eau jusqu'à guérison. (*Lancette*, 1846.)

Odontalgie. — La vertu du colchique est évidente dans les maux de dents par cause rhumatismale, et plusieurs praticiens s'en sont bien trouvés — Smith a obtenu un plein succès du vin de colchique opiacé d'Eisemann donné à la dose de 20 gouttes toutes les trois heures.

Ophthalmie. — Locher-Balber a guéri deux cas avec la teinture de semences. (*Revue méd.*, t. III.) — Chélius s'est bien trouvé du vin, à l'intérieur, dans l'ophthalmie rhumatismale (*Arch. de méd.*, t. XVIII). — Sichel, pour combattre l'affection rhumatismale accompagnée d'ophthalmie

prescrit 15, 20 à 40 gouttes 3 à 4 fois par jour (*Gaz. méd.*, 1834). — Smith sur la recommandation de Stoeber prescrivit le colchique dans deux cas d'ophthalmie rhumatismale, dont un fort grave; c'était la teinture de semences à la dose de 20 à 50 gouttes trois fois par jour. Il augmentait les doses de 5 gouttes tous les jours. A mesure que les selles et les urines devenaient plus abondantes les douleurs diminuaient et les malades guérirent.

Peau (maladies de la). — Maclagan pense qu'il sera surtout utile dans les cas où l'urine est très-pauvre en urée et en acide urique, principes que le colchique a la propriété d'augmenter très-notablement. (*Monthly J. of Med.*, 1852.)

Peste. — Suivant Kasenert-Wedel (1718), L. Wilhelm (1721), etc., l'usage des bulbes de colchique en amulettes est un préservatif certain de la peste et d'autres maladies épidémiques.

L'effet certain pour quelques-uns est au moins de leur enlever toute crainte et c'est déjà quelque chose.

Phlegmasies en général. — Haden (1820) préconise la poudre de bulbes à la dose de 0,10 à 0,40 avec addition de 1,25 de sulfate de potasse, chaque 4-6 heures en élevant la dose jusqu'à purgation ou vomissement, ce qui a lieu le 2e ou 3e jour; alors on cesse le remède ou l'on en diminue la dose. Il le prescrit dans les fièvres et les maladies inflammatoires. Il en résulte une diminution notable de la circulation soit que le remède ne purge pas, soit, et plus encore, quand il produit un effet purgatif. La teinture a souvent un effet trop énergique. Il joint cette poudre au sulfate de potasse pour rendre ses effets sédatifs plus prompts et plus marqués. — Maclagan est loin d'adopter toutes ces idées. Il fait observer que le bulbe est généralement regardé comme d'une action très-incertaine et il préfère la teinture de semences ou l'extrait acétique. — Robert Lewins ayant observé les propriétés qu'a le colchique de diminuer l'irritabilité des viscères, pense que cette substance pourrait être très-avantageuse dans toutes les maladies inflammatoires. C'est principalement la teinture de semences qu'il administre, mais à doses modérées. (*The contin, and british med. Rev.*, 1837).

Pityriasis. — Des pityriasis arthritiques de longue durée ont cédé dans la pratique de Bazin, sous l'influence de la teinture, à la dose journalière de 1 à 3 grammes. (*Scalpel*, 1871.)

Pleuropneumonie. — La racine, surtout sous forme d'oxymel, possède une vertu directe anti-phlogistique. Dans trois cas de pneumonie violente avec épanchement aqueux, l'oxymel à la dose de 1,00 à 2,00, toutes les trois heures, en allant progressivement jusqu'à 32,00 et même 64,00 par jour, produisit une sécrétion urinaire et l'expectoration. (Carminati, *Ann. univ. di med.*, 1830.)

Prurigo. — Dans un prurigo invétéré chez un homme de 70 ans, Eliotson prescrivit 2,00 de vin de colchique trois fois par jour. La guérison eut lieu en trois semaines. (*J. Anal.* 1828).

(*La fin au prochain numéro*).

Martin-Lauzer

D'un perfectionnement important dans la fabrication des granules et pilules. — Depuis fort longtemps les pharmaciens s'ingénient à rendre l'administration des médicaments plus facile. Ils ont obtenu d'excellents résultats, et nous avons vu le granule, la pilule, la capsule rendre de véritables services et permettre l'ingestion de produits d'un goût détestable.

Cependant il y a un écueil qu'on n'a pas toujours su éviter : dans le but de dissimuler plus complétement la saveur du médicament, on l'a parfois si bien enrobé qu'il traversait les voies digestives sans s'y dissoudre, et par conséquent sans que la moindre parcelle en pénétrât dans l'économie. De plus, le dosage du médicament était souvent inexact, parce que l'accessoire l'emportait sur le principal dans ces préparations laborieuses, qui rappelaient le travail du confiseur plutôt que celui du pharmacien.

M. Coirre vient d'imaginer une fabrication qui remédie complétement à ces deux

inconvénients : il se préoccupe avant tout de l'exactitude du dosage et, pour l'obtenir, il confectionne d'abord des pilules au moyen de petites masses, qu'il réunit ensuite en une seule, et qu'il divise mécaniquement avec la plus grande précision. Grâce à ce mode de préparation, le principe actif du médicament est réparti dans chaque pilule d'une manière aussi égale que possible. Alors il passe à l'enrobage, qu'il fait suivant les prescriptions du *Codex*, mais en additionnant au mélange une certaine quantité de glycérine. Le but de cette addition est facile à saisir pour tous ceux qui connaissent la propriété de la glycérine; en effet, elle prévient le dessèchement et conserve la mollesse de la pilule, tout en la rendant inaltérable. Son action ne saurait, du reste, avoir aucun inconvénient, car la glycérine, est très-soluble et d'une innocuité parfaite. La pilule reçoit ensuite la dragéification ordinaire sans perdre son élasticité et, par suite, sa facilité de se dissoudre aisément dans l'estomac.

Il est évident que ce mode de fabrication peut s'appliquer à toute espèce de pilule, qu'elle vienne de la droguerie ou soit confectionnée à l'officine, et il est hors de doute que la pilule ainsi traitée ne soit d'un emploi beaucoup plus sûr.

(*Union médicale.*)

Nous avons eu entre les mains ces granules dont parle l'*Union médicale*, et nous ne saurions trop en recommander l'usage à nos lecteurs. C'est là un progrès d'une importance beaucoup plus considérable qu'on ne pourrait le penser au premier abord. Aucune forme pharmaceutique ne saurait être comparée en effet aux granules et aux pilules, comme facilité d'administration et de dosage, et cependant, — à part les pilules fraîchement faites, — il n'y a pas de moyen plus incertain, le durcissement excessif, conséquence obligée pour la conservation, s'opposant à la dissolution dans le tube digestif. Pour les granules, en outre, la déplorable habitude qu'on a prise de les faire au moyen du grossissement de grains de sucre simplement humectés du principe actif, on rend le dosage si variable, que la plupart des médecins y ont renoncé. Aussi est-ce avec raison que le nouveau *Codex* a condamné ce mode de préparation, et y a substitué le noyau pilulaire. Mais alors on retombe dans l'écueil du durcissement. L'adjonction de la glycérine comme excipient liquide est donc une idée qui sera féconde en résultats, même au point de vue des pilules que nous formulons, lorsque leur administration devra durer un certain temps.

Les granules et pilules dont nous parlons, et auxquels l'auteur a donné le nom de *Granules et Pilules trois cachets*, ont absolument l'aspect des granules et des dragées ordinaires, mais si l'on vient à les presser avec le doigt sur un corps dur, ils s'écrasent avec la plus grande facilité, tandis que pour les autres un marteau serait nécessaire.

Pour les médecins qui sont obligés de faire de la pharmacie, ces granules et pilules seront d'un grand secours, car ils leur éviteront bien des manipulations ennuyeuses, et leur permettront d'avoir toujours avec eux une provision de médicaments dont l'emploi est à peu près journalier, sels d'arsenic, digitaline, morphine, opium, belladone, sels de fer, etc.

BIBLIOGRAPHIE.

De la compression de l'aorte dans les hémorrhagies graves, après l'accouchement.

Sous ce titre, M. le Dr L. Gros vient de publier, dans le *Bull. gén. de thérap.* (1) un intéressant mémoire, dont nous allons donner une analyse sommaire.

Ce fut le 8 septembre 1828 que Baudelocque neveu fit, à l'Académie des sciences, la proposition d'arrêter les pertes de sang consécutives à l'accouchement, en comprimant l'aorte à travers les parois abdominales. Malgré des faits nombreux, constatant la supériorité de cette méthode, si aisément applicable, la grande majorité des accoucheurs ne l'a pas encore adoptée. Jacquemier, entre autres, dans son excellent Traité des accouchements, n'accepte pas ce mode d'hémostase. Il y a plus, il le repousse comme

(1) Br. in-8°, au bureau du Journal.

nuisible, sous prétexte que la compression de l'aorte porte en même temps sur la veine cave, ce qui, dans son opinion, tend à augmenter la congestion des plexus utérins, et, partant, à favoriser l'hémorrhagie, au lieu de la réprimer. Cazeaux entre autres bons esprits, tira de ce même fait une conclusion toute différente.

Quelle que soit la divergence des opinions, qui s'appuient sur les autorités les plus recommandables, les notions plus ou moins subtiles de la théorie ne sauraient prévaloir contre les faits nombreux, qui affirment l'excellence de la méthode.

On a proposé une foule de moyens pour parer à l'un des accidents puerpéraux les plus redoutables Le jus de citron, la glace, portés au sein même de l'utérus ; le double ballon de Chassagny ; les injections de teinture d'iode ; celles de perchlorure de fer, etc, etc. Ces dernières ont été vivement recommandées par nos confrères d'outre-Manche. Barnes, entre autres notabilités obstétricales, s'est fait le chaleureux apologiste de ce mode d'hémostase. C'est en vain que plusieurs obstétriciens sont venus déposer un certain contingent de faits, établissant l'extrême danger d'un tel procédé. L'accoucheur Anglais a prétendu que les cas de mort que l'on avait à lui opposer ne prouvaient qu'une chose : c'est que l'intervention avait été trop tardive. Une telle argumentation rend toute discussion sérieuse impossible.

Une seule considération, du reste, suffit pour faire prévaloir le mode de faire de Baudelocque.

On n'a pas toujours sous la main de la glace, du citron, de la teinture d'iode, du perchlorure de fer, un appareil électrique. Avant qu'on ait pu se procurer ces agents, le sang peut couler à flots, et la mort n'attend pas ! L'accoucheur, cependant, pour opposer une barrière à l'hémorrhagie, a toujours à sa disposition le plus puissant des remèdes. Il n'a qu'à faire usage de ses doigts, de ses mains. Ce moyen est, entre tous, le plus simple et le plus sûr. Pourquoi donc s'ingénier à compliquer toutes choses, et se creuser l'esprit pour se créer des embarras nouveaux quand, pour atteindre son but, de la façon la plus heureuse, on n'a, à la lettre, *qu'à allonger la main ?*

A l'appui de sa thèse, M. L. Gros cite plusieurs faits remarquablement probants.

En janvier 1860, notre honorable confrère fut appelé, par le Dr Fabre, pour une métrorrhagie des plus graves occasionnée par l'adhérence du délivre, avec contraction de l'orifice cervical de l'utérus.

Le premier soin de M. Gros fut de faire exercer la compression de l'aorte, manœuvre qui eut pour résultat immédiat de suspendre la perte de sang. Tranquille de ce côté, l'habile accoucheur opéra la dilatation méthodique du méat utérin. Il put bientôt pénétrer à pleine main, au sein de l'organe. Il déchira toute la portion non adhérente du délivre, l'amena au dehors, et, plongeant de nouveau la main dans la cavité utérine, il décortiqua lentement le reste des cotylédons placentaires, soudés au tissu utérin par de nombreuses brides fibreuses.

Ce pénible travail ne dura pas moins d'une heure.

Pendant tout ce temps, la compression de l'aorte fut exercée soigneusement. Elle fut encore continuée pendant plus d'une demi-heure, l'hémorrhagie reprenant aussitôt que l'artère cessait d'être comprimée. Le seigle ergoté avait été conjointement administré.

La malade se remit promptement et sans accident ultérieur.

Dans un second cas analogue, M. Gros fut obligé d'exercer la compression de l'aorte pendant près de deux heures. Il administra en même temps trois grammes de seigle ergoté. Les suites de couches furent très-heureuses.

Dans un cas emprunté au Dr Seguret, de Rodez, la compression dut être exercée *pendant trois heures.*

Un fait, plus intéressant encore, à ce point de vue, est celui du Dr Duhamel. L'artère ne dut pas être comprimée moins de *neuf heures consécutives.*

Le mémoire si intéressant du Dr Gros contient un certain nombre de faits analogues, empruntés à sa propre pratique, ainsi qu'à celle de plusieurs confrères. Ces faits sont tellement concluants, que qui-

conque aura lu cet important travail, demeurera convaincu de l'excellence d'un mode d'hémostase que l'on a toujours à sa portée, et qui, par lui-même, ne saurait faire courir le moindre danger à la malade.

Dans ce mémoire, non moins remarquable par la forme que par le fond, se trouve relatée une observation empruntée au Dr Flouviez, de Lille, que nous croyons devoir reproduire *in extenso*, tant elle nous semble digne d'intérêt. Il s'agit, en effet, d'un cas exceptionnel et, croyons-nous, sans précédent dans les annales de l'obstétrique, au point de vue du mode d'hémostase utilisé.

« Une femme de 23 ans, accouchée heureusement de son troisième enfant, est prise le *dixième jour* après l'accouchement, de pertes qui cèdent au temponnement et aux affusions froides. Le lendemain, nouvelle hémorrhagie qui compromet gravement la vie. La compression de l'aorte sur l'angle sacro-vertébral, suspend immédiatement la perte. Pendant la compression, qui dura 45 minutes, les hémostatiques indiqués plus haut furent remis en usage. Six jours plus tard (*dix-septième jour de couches*), nouvelle hémorrhagie avec syncope telle, qu'on croyait la femme morte. Après 3/4 d'heure de compression, la femme donna de nouveau signe de vie. On prévint le retour de l'hémorrhagie en prolongeant la compression *pendant plusieurs heures.* »

Cette observation est remarquable, en ce qu'elle à trait à deux hémorrhagies survenues *onze* et *dix-sept jours* après l'accouchement, et que l'inertie utérine ne peut être invoquée comme cause de la perte.

Il est bon de rappeler aux praticiens que les hémorrhagies *post partum* peuvent se produire jusque vers le vingt-cinquième jour ou plus. Elles peuvent tenir, alors, et tel nous semble avoir été le cas de l'accoucheur de Lille, à ce que les vaisseaux capillaires de la nouvelle muqueuse utérine, que remplace la caduque expulsée, ne sont pas encore revêtus de leur épithélium. Sous l'influence de diverses causes, ils peuvent se congestionner, et ouvrir au sang une libre barrière. On comprend que, en pareil cas, la compression de l'aorte puisse être suivie, ainsi que dans le fait du Dr Plouviez, des effets les plus satisfaisants.

Les hémorrhagies secondaires reconnaissent, du reste, un grand nombre d'autres causes. Barnes (*Opérations obstétricales*, p. 463), n'en reconnaît pas moins de quinze à savoir : *neuf locales, six d'ordre général.* Mais ce n'est pas le lieu de nous en occuper ici.

Il est une particularité sur laquelle le Dr Gros insiste avec raison, nous voulons parler de la nécessité de continuer la compression un certain temps encore après la suspension de la métrorrhagie. Il importe, en effet, de permettre au sang d'arriver en plus grande quantité que possible vers les centres nerveux, plongés dans l'anémie. Cet effet n'est obtenu qu'à la condition de l'empêcher, le plus longtemps possible, de se répandre dans les régions sous-diaphragmatiques. Vial, de Saint-Etienne, cite deux cas dans lesquels la mort est survenue longtemps après la cessation de la perte, parce que la compression a été suspendue trop promptement. Une observation analogue se trouve aussi relatée dans les *Bulletins de la Soc. de méd. de la Haute-Vienne* (année 1868, p. 272).

Les malades, du reste, sentent très-bien les effets de cette compression. Sous son influence, elles disent très-bien qu'elles se sentent revenir à la vie.

Il convient de payer un juste tribut d'éloges à l'homme de l'art assez dévoué pour mener à bien une œuvre qui peut exiger une somme de patience et de ténacité qui n'est pas le propre de tous les tempéraments. Nous estimons, toutefois, que dans les cas réfractaires, sans négliger ce précieux mode d'hémostase, il convient de recourir conjointement à d'autres moyens, employés en vue de réveiller la tonicité d'un organe frappé d'inertie.

C'est ainsi que dans un cas de métrorrhagie des plus graves, Thompson obtint un résultat immédiat très-satisfaisant, en recourant à la faradisation.

Si l'on n'avait pas à sa portée d'appareil électrique, il est d'autres stimulants auxquels on peut recourir avec avantage. Sans parler du perchlorure de fer qui, plusieurs fois, a occasionné la mort des

malades, on peut faire usage d'une solution de teinture d'iode iodurée.

Le Dr Dupierris (de la Havane) recommande la formule suivante :

T. Teinture d'iode, 15 gr.; iodure de potassium, 0,30; eau, 30 gr.

Porter cette injection dans l'utérus, au moyen d'une seringue munie d'une sonde en gomme élastique. Sous l'influence de cette excitation locale, la rétraction de l'organe est si énergique, que la main conduisant la sonde est violemment expulsée de l'utérus. Cette méthode n'a donné lieu, à notre connaissance, qu'à de remarquables succès, sans produire aucun accident.

A défaut de teinture d'iode, on pourrait utiliser une injection d'eau-de-vie soit pure, soit étendue d'un peu d'eau, selon son degré de concentration.

On pourrait encore utiliser l'oxyerat, si l'on n'avait rien autre chose sous la main.

Nous croyons que, dans les cas où la compression de l'aorte ne donne lieu qu'à des effets, nous pouvons dire insuffisants, il est d'une saine pratique de recourir aux stimulants directs, qui, en reveillant sur-le-champ la contractilité de l'utérus, mettent souvent les malades à l'abri du danger, et évitent à chacun de longues heures d'angoisses.

Nous n'avons pu, dans ce rapide aperçu, que donner l'analyse la plus sommaire du remarquable mémoire du Dr L. Gros. Il serait à désirer que ce consciencieux travail, si riche de faits probants, passât sous les yeux de tous les accoucheurs. Ainsi se réaliseraient sûrement les plus chers désirs de l'auteur : contribuer, pour sa part, à la vulgarisation d'un mode d'hémostase susceptible de sauver la vie à un grand nombre de mères ; épargner à quelques confrères la douleur de voir mourir sous leurs yeux une femme, un instant encore auparavant, pleine de jeunesse et de santé.

Dr L. Hamon.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Jeune fille entièrement scalpée par un arbre de couche en rotation. — Greffes épidermiques appliquées sans succès ; commencement de tétanos ; greffes dermiques; guérison. — Une jeune fille, employée à tailler le verre à la verrerie de Vierzon, voulut un jour, ainsi quelle le faisait souvent et très-imprudemment, aller retrouver une de ses compagnes en passant sous les tours mis en mouvement par une machine à vapeur. Coiffée en cheveux (qui, malheureusement pour elle, n'étaient pas des cheveux de contrebande), une de ses nattes passant trop près de l'arbre de couche, fut saisie par quelques aspérités de cet arbre et, en moins d'instants qu'on ne saurait l'exprimer, enleva la jeune fille par les cheveux, la fit tourbilloner un moment, et la calotte presque tout entière du cuir chevelu resta attachée à l'arbre. La tête était scalpée comme aurait pu le faire le couteau d'un de ces Indiens Apaches ou Commanches, ainsi que nous avons tous lu les exemples dans les romans de Cooper ; à cette différence près, c'est qu'au lieu d'être faite uniformément comme le fait le couteau, bien que la partie enlevée représentât bien une calotte d'une forme circulaire, tout le reste du cuir chevelu, en plusieurs endroits, auprès des tempes et de l'oreille, retombait déchiré en plusieurs lambeaux, laissant la tête entièrement à nu.

Une première déchirure, s'étendant jusqu'au devant de l'articulation maxillaire, formait un lambeau frontal qui recouvrait l'œil gauche; une seconde déchirure, labourant toute la partie postérieure

de la tête, allait jusqu'à l'occiput; enfin, à droite, une troisième, moins étendue, allait gagner le sourcil. On comprendra combien je fus effrayé des désordres que j'avais sous les yeux lorsque j'arrivai près de cette jeune fille, que je trouvai assise sur une chaise, avec un crâne presque complétement dénudé et la face recouverte de lambeaux sanglants.

On comprendra mieux, du reste, la profondeur de ces désordres, en appliquant pour un instant son esprit à la manière dont ce scalpe fut produit. Qu'on se figure, d'une part, le corps de cette jeune fille soulevé tout entier par les nattes de cheveux, et ces nattes tordues avec elle autour de l'arbre de couche ; de l'autre, la résistance apportée par le poids du corps luttant contre la rotation vertigineuse de l'arbre, et l'on concevra comment la calotte du cuir chevelu, tordue sur le crâne lui-même, a pu céder et être enlevée en produisant ces déchirures profondes et ces lambeaux descendant sur la face et derrière la tête.

Dans un premier pansement, aussi rapide que possible, afin de ne pas laisser trop longtemps à l'air cette vaste plaie, je rapprochai par des sutures toutes les déchirures qui formaient lambeaux, et, cela fait, j'envoyai chercher la calotte du cuir chevelu restée attachée à l'arbre. Après l'avoir lavée et imbibée d'un peu d'eau alcoolisée, je la plaçai sur le crâne dénudé et l'attachai *quand même* par des sutures aux lambeaux vivants. En faisant cela, je n'avais certes pas la prétention de voir reprendre et revivre cette large partie du cuir chevelu ; mais cette calotte m'aidait, d'une part, à rapprocher tous les lambeaux d'une manière plus complète, et, de l'autre, j'avais momentanément une couverture protectrice du crâne dénudé; pendant ce temps-là, je pourrais aviser.

Après avoir lavé la tête avec de l'eau fortement alcoolisée, je la recouvris d'une épaisse couche d'ouate, maintenue avec force tours de bandes. Je laissai pendant trois jours, sans y toucher, cet appareil, après quoi je fis le premier pansement.

Ce que j'avais prévu était arrivé, c'est-à-dire que toutes les parties vivantes qui avaient été rapprochées par des sutures, s'étaient réunies; la calotte seule dans toute sa circonférence, ratatinée et mortifiée, s'était isolée du reste, entraînée déjà par un commencement de suppuration.

Je n'eus qu'à enlever cette calotte pour voir apparaître déjà sur la surface du crâne une masse de bourgeons charnus ; je remplaçai alors cette calotte par un linge fin trempé dans un liniment oléo-calcaire phéniqué, que je recouvris comme précédemment avec de l'ouate.

Grâce à la magnifique constitution de la jeune fille, je n'eus, pendant tous les premiers temps, aucun accident à redouter; les bourgeons charnus se multiplièrent, grossirent ; et, n'eût été, d'une part, l'abondance de la suppuration par laquelle je craignais de voir s'affaiblir cette jeune fille, et, de l'autre, l'embarras de savoir comment s'opérerait la cicatrisation d'une si vaste surface dénudée, j'eusse été satisfait....

C'est alors (trois semaines après l'accident) que je songeai à appliquer des greffes épidermiques sur cette montagne de bourgeons; tout d'abord je me contentai de poser çà et là quelques lamelles épidermiques prises sur le bras du père de la jeune fille; ces lamelles furent recouvertes d'une feuille légère de gutta, et je pansai comme d'habitude avec de l'ouate; dans la crainte de déplacer ces lamelles et aussi pour mieux assurer leur reprise, je restai deux jours sans faire de pansement; mal m'en prit, car la suppuration, si abondante qu'elle était, faillit occasionner des désordres graves et un commencement de tétanos, que j'eus le bonheur d'arrêter en faisant prendre du chloral à l'intérieur associé à des injections hypodermiques de morphine. Pendant ce temps-là, les lamelles épidermiques avaient disparu, entraînées par l'abondance de la suppuration.

Je crus devoir revenir une seconde fois encore à la greffe épidermique, en groupant les lamelles sur le sommet de la tête, afin de former une sorte d'îlot complétement isolé du reste du pansement. Cette tentative fut, comme la première, sans aucun résultat.

C'est alors que j'eus l'idée de pratiquer

une sorte d'autoplastie dermique superficielle, ainsi que l'a indiqué l'année dernière, dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences, le docteur Guipon, de Laon; c'est-à-dire que je détachai un lambeau de cuir chevelu de la tête de la jeune fille elle-même; ce lambeau formait une pointe très-aiguë et il était garni d'un côté de bulbes pileux, et, de l'autre, de tissu cellulaire. J'eus soin, avant d'appliquer ce lambeau, de scarifier soigneusement avec la pointe du bistouri une surface de bourgeons charnus égale à celle représentée par la greffe que je voulais placer. Cela fait, aussi rapidement que possible, je maintins très-exactement ce petit lambeau par le pansement des feuilles de gutta et d'ouate maintenu par des bandes.

Après trois jours de cette application, j'eus la satisfaction de voir que cette greffe n'était nullement flétrie et semblait adhérente. Quelques jours après, non-seulement la greffe était assurée, mais elle devint comme un point central d'où le tissu cicatriciel sembla rayonner.

Encouragé par ce premier essai, j'appliquai trois autres greffes semblables, qui réussirent toutes trois complétement, et, trois semaines après ces dernières applications d'autoplastie, le tissu cicatriciel était parfait, et aujourd'hui la jeune fille, entièrement guérie, présente sur le sommet de la tête une large cicatrice parsemée de quatre petits îlots garnis de cheveux.

Il y a un an déjà que l'accident est arrivé et cette jeune fille, d'une excellente santé, vient de se marier, n'accusant aucune douleur de tête.

(*Union médicale*).

Dystocie.—Décollation.—Crochet articulé, du Dr Hyernaux. Dans la dernière séance de l'Académie de médecine de Belgique, le docteur Hyernaux a fait une communication doublement intéressante; notre confrère a d'abord relaté et commenté un cas de dystocie si rare qu'il n'en a jamais rencontré d'identique, nous a-t-il dit, ni dans sa clientèle particulière, ni dans sa pratique hospitalière. Il nous a présenté ensuite un crochet articulé dont l'idée lui a été suggérée par les complications que ce cas lui a créées.

Ce travail devant être publié *in extenso* dans le *Bulletin de l'Académie*, nous regrettons de ne pouvoir entrer ici dans les détails et dans les considérations scientifiques et cliniques auxquelles l'auteur s'y est livré. Nous nous bornerons donc à donner à nos lecteurs une analyse très-écourtée et par conséquent très-incomplète de ce travail.

Il s'agit d'une pauvre femme de 23 ans, mariée depuis plusieurs années. Elle est à terme de sa première grossesse et en mal d'enfant depuis sept jours. Son accoucheuse et un médecin qui l'a également visitée, l'ont engagée à venir à la Maternité parce que, dans leur opinion, elle ne pouvait être délivrée que par l'hystérotomie vaginale : tous deux avaient diagnostiqué une absence complète de col et d'orifice à la matrice. Cependant, à part une dysménorrhée habituelle, il n'y avait jamais eu, à nulle époque, aucun trouble fonctionnel dans les organes pelviens.

L'état général de cette femme est très-précaire : altération profonde des traits, affaissement moral et physique, peau chaude, lèvres sèches, pouls petit et fréquent. L'aspect du ventre ne présente rien de particulier; forme et direction normales de l'utérus; absence de pulsations fœtales. Le petit bassin est en partie occupé par une tumeur dure, arrondie, large, sur laquelle on ne sent ni saillie, ni col, ni apparence d'ouverture; partout en avant, à droite et en arrière, le doigt est immédiatement arrêté sans rien découvrir; à gauche, le long du bord postérieur de la paroi cotyloïdienne, existe un long sillon qui conduit vers la partie inférieure de la fosse iliaque gauche; là, un peu au-dessus de la ligne innominée, dans la direction de l'extrémité gauche du diamètre transverse du grand détroit, existe un mamelon au centre duquel il y a un orifice large comme pour y admettre l'index et dont le plan repose sur la partie inférieure de la fosse iliaque interne gauche. Cette ouverture, qui représente évidemment le col utérin, est immuable dans sa situation, à tel point que toute tentative pour le ramener

vers le centre du bassin ne réussit pas à le faire bouger d'un millimètre.

Au niveau et dans le voisinage de cet orifice, on constate, outre la tumeur sphérique qui est sans nul doute la tête, une petite saillie qui représente fidèlement le nez et puis des extrémités digitales.

Le lendemain, à 10 heures du matin, tout a changé ; la main droite pend à la vulve, le bras occupe le vagin, la tête est refoulée et remontée vers le côté droit, le menton derrière l'arc pubien ; le moignon de l'épaule droite et les côtes bombent dans l'excavation ; plus haut et à gauche on sent une anse du cordon ombilical et puis un pied. Le col était largement ouvert.

Dans l'impossibilité d'accoucher cette malheureuse autrement que par l'embryotomie, le docteur Hyernaux y procède immédiatement et cela en pratiquant la décollation. A cet effet, il porte une ficelle sur le cou du fœtus à l'aide d'un crochet mousse, creusé à sa convexité d'une gouttière pour y loger ladite ficelle. Après avoir retiré le crochet conducteur, quelques mouvements de va et-vient imprimés à la ficelle détachaient la tête des épaules. L'extraction du fœtus s'opéra ensuite à la méthode usuelle, c'est-à-dire, en attirant le corps d'abord par une simple traction sur le bras prolabé, puis en extrayant la tête à l'aide de la main dont les doigts index et médius avaient été introduits dans la bouche. Il n'a guère fallu plus de trois minutes pour terminer cet accouchement. Le 10e jour, l'opérée rentrait chez elle parfaitement guérie.

Tous les accoucheurs savent par expérience que le placement du crochet ordinaire, sur une partie quelconque du fœtus, n'est pas toujours chose facile. C'est pour obvier à tous les embarras, et à toutes les difficultés de cette manœuvre obstétricale et surtout pour faciliter le placement d'une ficelle et pour rendre, par conséquent, la décollation fœtale à la portée des praticiens les moins habitués aux difficultés de l'art, que l'auteur a imaginé un crochet articulé, fidèlement copié sur le doigt dont la nature nous a gratifiés.

Le crochet dont il nous a démontré l'application est, en effet, un doigt en acier, dont les quatre phalanges se fléchissent à volonté par leur propre poids ou contre le moindre obstacle qu'elles rencontrent, et qui se raidit en tige droite, grâce à un tendon retenteur, de même métal, qui glisse dans une rainure taillée à la face dorsale des phalanges. La ficelle sécatrice, fixée à une olive terminale mobile, passe dans des gaînes creusées dans l'épaisseur de la face palmaire des phalanges.

L'emploi de cet instrument est un véritable jeu. Tenu de la main droite, on l'insinue droit et rigide sur la main gauche qui le guide, jusque sur le pli où il doit être appliqué. On abaisse alors du pouce le tendon retenteur, en même temps qu'on imprime à l'instrument un mouvement de propulsion, sous l'influence duquel il doit inévitablement se recourber sur le pli à saisir. L'opérateur n'a plus alors besoin que de fixer l'olive entre les doigts qui ont guidé l'instrument, après quoi celui-ci est retiré en ligne droite des organes maternels. La ficelle se trouve ainsi placée facilement et d'emblée et il ne s'agit plus alors que de la faire fonctionner comme on le ferait d'une scie.

Cet instrument a de plus l'avantage de pouvoir servir de porte-lacs et comme agent de traction. Pour cette dernière destination, l'auteur a placé un piton près du manche ; on y fixe la ficelle à l'aide d'un nœud et, après placement du crochet, sur l'âme ou le creux du jarret, par exemple, il suffit d'attirer l'olive à soi et de tendre la ficelle en l'enroulant autour de la main qui tient le manche ; la courbe ainsi obtenue peut résister aux plus vigoureux efforts, à plus forte raison à ceux qu'il faut déployer avec une sage mesure en obstétrique.

(*Art médical.*)

— Un instrument qui en tant que porte-lacs, nous semble beaucoup plus commode, est constitué par une sonde de Belloc, appropriée à l'obstétrique. Nous en avons donné la description dans notre *Traité du retroceps* (p. 207), considérant cette idée comme nous étant propre. Depuis, nous en avons trouvé la mention et le dessin dans les *Leçons sur les opérations obstétricales*, de Barnes, qui l'attribue à C. Bell (V. p. 155

et 203. Les deux ouvrages étant de la même année, la question de priorité reste en suspens; la chose, du reste, importe fort peu aux praticiens. Cet instrument est simple et d'une manœuvre facile. Il est susceptible de rendre de grands services dans la pratique obstétricale. On a lieu d'être surpris qu'il ne lui ait pas été fait un meilleur accueil par les acoucheurs.

Quant à l'emploi de l'instrument d'Hyernaux, en tant qu'engin de traction, nous ne voyons pas les avantages que peut réaliser cet engin dispendieux et compliqué sur le crochet mousse, dont sont pourvues les trousses obstétricales les plus modestes.

Un cas de cancer de l'estomac guéri par le condurango, par le professeur Friedreich, d'Heidelberg (*Berline Klinische Wochenschrift*, 1874, n°1).— A la clinique de ce professeur, était un homme âgé de 54 ans, qui présentait à la région épigastrique, spécialement entre le processus xiphoïde et le nombril et s'étendant de cette ligne à gauche, une tumeur facile à palper, dure, bosselée, un peu sensible à la pression. Les autres symptômes tant généraux que locaux, et, en particulier, l'amaigrissement considérable et le grand affaiblissement, devaient amener au diagnostic d'une tumeur carcinomateuse de l'estomac, que l'autopsie cadavérique semblait ne pas devoir tarder à confirmer. Un traitement symptômatique par la morphine et le bicarbonate de soude diminua assez les souffrances du malade pour qu'il quittât pour un cours laps de temps l'hôpital, où il rentra dans un état plus grave encore, sans changement dans la tumeur. Ce fut alors que le professeur Friedreich résolut de tenter un essai avec le condurango, qu'il prescrivit de la manière suivante : «Ecorce de condurango, 15,0; macérez-la pendant 12 heures avec eau distillée, 360,0, puis cuisez jusqu'à ce qu'il ne reste que 180,0 de liquide qu'on filtre. » Pendant 4 mois, à côté d'un régime alimentaire sévèrement réglé, le malade fut soumis à l'usage exclusif de ce médicament, dont il prit d'abord 2 fois par jour 1 cuillerée à bouche, pour arriver enfin à 3 fois 1 cuillerée 1/2 La tumeur épigastrique diminua pendant ce temps de plus en plus, l'aspect et la nutrition du malade s'améliorèrent d'une manière parallèle à cette diminution, au point que, lorsqu'il quitta l'hôpital, cet homme ne laissait rien à désirer, soit subjectivement, soit objectivement. De toute la tumeur, il ne restait plus qu'un petit noyau de la taille d'une noisette, insensible à la pression, et qu'on ne pouvait découvrir qu'en palpant profondément. Il ne subit pas de changement ultérieur, et l'auteur put, en revoyant plusieurs fois son malade, s'assurer de la persistance de la guérison. Bien que plusieurs observations aient montré que le condurango échoue souvent, celle-ci, due à un homme aussi compétent, doit encourager de nouveaux essais.

Prolapsus du cordon. — Le docteur Thomas, de New-York (*Obstetrical Journal*), conseille de placer la femme sur les genoux, la tête contre le lit, ce qui constitue une position éminemment favorable pour la réduction, que l'on pratique alors avec les doigts, puis on attend qu'une contraction se soit produite, et la femme reprend ensuite sa position accoutumée. Il est rare que le prolapsus se reproduise alors. Si la femme se refusait à prendre la posture indiquée, on pourrait essayer de pratiquer les manœuvres de réduction pendant qu'elle serait couchée sur le coté opposé du col par où l'issue du cordon se fait. Mais cette position ne présente pas les mêmes avantages que la première. (*Lond. Medic. re cord.*)

Traitement de la dysentérie, par le Dr Fluegel, à Feuschnitz (*Blaetter fuer Hheilw*, IV, nos. 20 et 22, 1873). — Les matériaux de l'auteur sont empruntés à une épidémie qui sévit pendant les années 1871 et 1872 dans sa localité et dans deux localités voisines. Voici quelle fut sa thérapeutique : il ne recommande la rhubarbe que quand il y a accumulation de matières fécales; il débute d'ailleurs par l'opium, qu'il associe au perchlorure de fer, à cause de l'analogie

de cette affection avec la diphthérie; chez les enfants, il donne du calomel et de l'opium. En outre, il prescrit des lavements avec du nitrate d'argent, de la teinture d'opium et de l'acide phénique, ou des suppositoires d'une composition analogue. La complication fréquente de vomissements indique pour lui l'emploi d'onguent mercuriel gris.

Remarquable succession de présentations du siége. — Le docteur Nourse rapporte, dans le *Clinik* de Cincinnati, qu'une dame de 43 ans, mariée à vingt-cinq ans, a eu onze enfants qui tous, excepté un seul, sont venus par le siége. C'était une femme de moyenne taille avec un bassin bien développé. Les enfants étaient bien développés et les têtes de volume normal. Aucune autre particularité ne signala ces accouchements. Aucune théorie n'explique sans doute une semblable série de présentations exceptionnelles. (*Lond. Medic. record.*)

Statistique comparée des cas de mort par opérations pratiquées avec l'éther, le chloroforme et le protoxyde d'azote.

Le professeur Andrews, du collége médical de Chicago, dans une laborieuse statistique embrassant 209,893 cas, donne comme il suit la chance des dangers à courir avec les divers anesthésiques :

Éther sulfurique. . .	1 mort sur	23,204	administ.
Chloroforme.	id.	2,723	id.
Chloroforme et éther mélangés. . . .	id.	5.588	id.
Bichloride de méthylène	id.	7,000	id.
Protoxyde d'azote. .	id.	75,000	id.

(*The Missouri Dental Journal*, traduit par A. Préterre.) (*Art dentaire.*)

FORMULES DIVERSES.

Potion pour favoriser l'expectoration dans les affections pulmonaires graves.

P. Chlorhydrate d'apomorphine. . . .	2	centig.
Infusion de polygala sénéca.	2	gram.
Eau.	120	—
Sirop simple.	20	—

Prendre une cuillerée à café de cette potion toutes les demi-heures.

N. B. — Ne pas administrer aux enfants qui supportent mal l'apomorphine. (*Rev. méd. de l'Est*).

Gouttes antigastralgiques.

Teinture de noix vomique. . . .	2	grammes.
— de castoreum.	2	—

Deux gouttes pendant la crise dans un demi-tasse d'infusion de camomille.

Potion contre l'enrouement.
(Fourreau de Beauregard).

Ammoniaque liquide.	10	gouttes.
Sirop d'érysimum.	45	grammes
Infusion de tilleul.	90	—

F. s. a. une potion, à prendre en une fois, dans l'enrouement par hypérémie laryngée.

Vésicatoire perpétuel de Janin.

Mastic	90	grammes.
Cantharides pulvérisées.	30	—
Térébentine	90	—
Euphorbe pulvérisée	15	—

La suppuration se fait au-dessous de l'emplâtre qu'on laisse appliqué pendant 5 ou 6 jours.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 mai.
Présidence de M. Gosselin.

Correspondance. — M. Fauvel, répondant à la communication de M. Bonnafont qui prétend avoir écrit le premier, en 1873, qu'il fallait aller combattre le choléra à son lieu d'origine, trouve que M. Bonnafont réclame une priorité qui

ne lui appartient pas, car non-seulement cette idée est venue à bien des médecins, dès l'origine, mais encore elle avait donné lieu à des études, et à des essais d'application dans l'Inde même, bien avant qu'elle eût germé dans l'esprit de M. Bonnafont.

Roche fut le premier qui a dit qu'il fallait aller combattre le choléra sur les bords du Gange, mais outre qu'une pareille entreprise était peu réalisable, la Commission de Constantinople ne pouvait s'occuper de tous les mémoires, qui, pour la plupart, étaient fondés sur une ignorance profonde de la question.

M. Bouillaud rend justice aux travaux de M. Fauvel, mais il lui trouve, à l'égard des questions du choléra, une susceptibilité un peu exagérée et qui lui fait porter sur les travaux de confrères très-estimables des jugements trop sévères; tous les arguments invoqués par M. Fauvel paraissent aboutir à cette conclusion : *Le choléra, c'est moi.*

M. Fauvel n'accepte pas le reproche de M. Bouillaud. De tous ceux qui ont écrit sur le choléra, il est le seul qui n'ait rien revendiqué, tous ses travaux n'ont eu qu'un but : la science et la vérité.

Traitement du charbon chez l'homme. — M. Davaine, au nom d'une commission composée de MM. Bouley, Laboulbène et Davaine, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Raimbert, médecin à Châteaudun, intitulé : *Du traitement du charbon chez l'homme par injection sous-cutanée de liquides antivirulents.*

L'auteur ayant remarqué que la virulence du sang, dans le charbon, était due à la présence de bactéries, pensa qu'on pourrait guérir le mal en injectant un liquide antiseptique (iodé ou phéniqué) capable de les détruire. Il rapporte quatre observations de pustules malignes qui furent cautérisées par les procédés ordinaires. Malgré cela, le mal allait toujours en progressant; les injections antiseptiques furent alors pratiquées et bientôt suivies d'un mieux accentué, puis de guérison.

La commission propose :

1° D'adresser une lettre de remerciement à l'auteur;

2° D'inscrire son nom sur la liste des candidats aux futures places vacantes de correspondant.

Discussion. — M. Colin ne croit pas que l'injection de liquides antiseptiques détruise le virus charbonneux; les nombreuses expériences qu'il a faites lui prouvent le contraire.

M. Bouley fait observer que M. Colin inocule d'abord une goutte de sang charbonneux directement dans une veine, puis une faible proportion de liquide antivirulent dans le tissu cellulaire. Peut-être qu'en faisant plusieurs injections, on détruirait les bactéries.

M. Raynal fait observer que le diagnostic du charbon est très-difficile. Il y a déjà longtemps qu'il avait essayé de combattre le mal en donnant à l'animal de l'huile phosphorée.

M. Davaine fait observer qu'il y a chez l'homme, dont le diagnostic est, au contraire, très-facile, un moyen de reconnaître le charbon chez les animaux chez lesquels on le soupçonne; ce moyen consiste à inoculer sur un cobaye du sang de ces animaux. S'ils ont le charbon, le cobaye mourra avec tous les caractères de la maladie. Les conclusions du rapport sont adoptées et des remerciements seront adressés à M. Raimbert.

Séance du 25 mai 1875.

Présidence de M. Gosselin.

M. Bonnafont lit, en réponse à la communication faite dans la dernière séance par M. Fauvel, une note dont voici les conclusions :

« En résumé, dit M. Bonnafont, je crois être dans mon droit de revendiquer :

1° La priorité, conjointement avec ou peu après M. Roche, en 1849, lui à Paris et moi à Arras, d'aller combattre le choléra à sa source originaire;

2° D'avoir le premier exprimé, en 1853,

le projet d'un Congrès sanitaire diplomatique et international pour aviser aux moyens de modifier le sol fangeux de l'Inde.

3° Je maintiens que rien de pareil n'a été publié avant moi.

Quant aux moyens d'exécution, tels que difficultés et dépenses, dont M. Fauvel se fait un grand argument contre mon projet, cela ne regarde pas la médecine. Le médecin signale le danger et indique comment on pourrait le prévenir ou l'éviter. Là se borne sa mission. »

M. Fauvel dit qu'il a été représenté à tort, dans un article d'un journal de médecine dont M. Bonnafont est le collaborateur, comme s'étant livré à des attaques violentes contre ce collègue; c'est par une sorte d'incitation due à l'auteur de cet article que M. Bonnafont a porté à la tribune de l'Académie la note qu'il vient de lire. M. Fauvel proteste de ses intentions bienveillantes envers M. Bonnafont, et dit que sa communication, faite en réponse à une injuste attaque de M. Bonnafont, est conçue en termes absolument académiques, comme M. Bonnafont pourrait s'en assurer en lisant le compte rendu du *Bulletin* de l'Académie, et non celui qui a été donné par les journaux.

Scorbut. — M. Villemin a la parole pour répondre à M. Le Roy de Méricourt. Il déclare que les arguments et les faits qu'il a invoqués en faveur de la nature infectieuse du scorbut persistent, malgré les raisons contraires avancées par son contradicteur; il s'étonne que celui-ci ait consacré une longue partie de son argumentation à le réfuter sur des points où ils sont en complet accord l'un avec l'autre, à savoir, l'influence des différents modificateurs antihygiéniques, tels que le froid, l'humidité, la tristesse, les fatigues excessives, la mauvaise alimentation, etc. Il a consacré, dit-il, un chapitre entier, non pas à démontrer l'action de ces agents étiologiques, mais à convenir de leur influence, à leur faire la part qui leur revient, et cela dans la mesure entièrement égale à celle que leur attribue M. Le Roy de Méricourt lui-même, excepté en ce qui concerne l'abstinence des légumes frais, où commence seulement entre eux une certaine divergence.

Pour M. Villemin, la privation de végétaux aqueux n'est qu'une cause prédisposante, comme le froid et l'humidité, à laquelle il concède le premier rang, mais qu'il déclare insuffisante pour déterminer la maladie sans l'intervention d'un agent miasmatique particulier.

Pour M. Le Roy de Méricourt, cette privation est, au contraire, le seul facteur obligé, pouvant même, à lui seul, produire le scorbut, qui n'est alors qu'une sorte d'*anémie* ou d'*étiolement*. Telle est, dit M. Villemin, la seule question qui le sépare de son adversaire et qui mérite d'être discutée.

Suit une dissertation qui n'a pas duré moins d'une heure et demie.

Les déductions pratiques qui découlent des idées de M. Villemin consistent donc à agir comme M. Le Roy de Méricourt lui-même, en ce qui concerne les causes prédisposantes : combattre toutes les influences antihygiéniques, s'opposer à la débilitation de l'organisme, donner les fruits acides, à leur défaut le *lime-juice;* mais à faire plus encore, à savoir : éviter l'encombrement et le méphitisme qu'il engendre, ventiler, désinfecter, disperser, isoler au besoin; bref à se comporter vis-à-vis d'une épidémie scorbutique, sévissant au milieu d'une agglomération humaine, comme on se conduirait à l'égard de la fièvre typhoïde, de la pourriture d'hôpital, de la dysenterie des camps, etc.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Séance du 1er juin 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Communication. — M. Verneuil présente une *tumeur congénitale polycystique insérée à la symphyse du maxillaire inférieur et à la langue; accouchement spontané avant terme; arrachement de la tumeur pendant le travail; examen anatomique de la pièce.* — La tumeur est d'une consistance ferme, rappelant celle des corps fibreux utérins; çà et là cepen-

dant elle présente des points fluctuants, limités, qui répondent à des cavités superficielles remplies de liquide, et des points très-durs correspondant à des noyaux cartilagineux et osseux.

La surface, sauf au niveau de la déchirure, est partout recouverte d'une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, de la même nature que celui de la bouche. Sur la déchirure et à son pourtour, on retrouve les débris de la muqueuse et des muscles de la langue; au centre, des fragments de la symphyse maxillaire.

Les coupes, pratiquées dans la partie centrale, de façon néanmoins à ne pas détériorer la pièce, montrent que la masse morbide est constituée par une gangue fibreuse, des kystes et des noyaux cartilagineux et osseux.

Les noyaux cartilagineux sont de petit volume et composés de cartilage hyalin.

Les masses osseuses irrégulières, perdues dans la gangue fibreuse et dans les cloisons interkystiques n'ont aucune forme précise rappelant les pièces du squelette; elles sont disposées en aiguilles, en lamelles rameuses et composées de tissu osseux bien formé.

Nulle part, on n'a trouvé de nerfs, et les vaisseaux sanguins eux-mêmes sont en petit nombre. En somme, cette structure peu compliquée démontre qu'il ne s'agit ici ni d'une inclusion fœtale, ni d'un de ces monstres décrits par Geoffroy Saint-Hilaire sous le nom d'épignathes, ni même d'un kyste dermoïde; c'est purement et simplement un néoplasme qui non-seulement adhère au maxillaire inférieur, mais encore provient de cet os lui-même.

Quant aux kystes, ils ont certainement pour origine les follicules dentaires; les épithéliums pavimenteux et cylindriques qu'ils renferment rappellent exactement ceux qu'on trouve dans l'organe de l'émail et dans le revêtement du germe dentaire.

M. Depaul. J'ai écouté avec le plus grand intérêt la communication de M. Verneuil, mais j'avoue qu'au vu de la pièce, je ne me sens pas du tout porté à partager son opinion sur la nature de cette tumeur. Il n'est pas rare d'en trouver de semblables sur les fœtus dans diverses régions, soit au périnée, soit ailleurs, et on les explique généralement avec raison par les produits d'une inclusion fœtale.

M. Verneuil. Mes réserves n'ont pas porté sur la nature de la tumeur, que je regarde comme certainement fibro-cystique. Je n'admets pas qu'il y ait ici de second fœtus.

M. Depaul. Il est vrai qu'il y a eu fracture de la symphyse, à laquelle adhérait extérieurement la tumeur par un tissu fibreux; mais il paraît certain que cet os n'était pas malade. On lui rend sa forme normale en rapprochant les fragments. Or, pour qu'il eût donné naissance à une tumeur aussi considérable, s'il était vrai que cette tumeur provînt en effet du maxillaire, il aurait fallu que cet os fut malade, et non-seulement au niveau de cette fracture, mais dans les points environnants. M. Verneuil, qui voulait émettre cette hypothèse, aurait dû s'assurer d'abord au microscope de l'existence de quelque altération osseuse invisible à l'œil nu. Il ne me semble pas douteux que ce soit là un nouveau cas d'épignatiome.

MÉLANGES ET FAITS DIVERS.

Prix. — La Société protectrice de l'enfance de Marseille met au concours les deux questions suivantes : 1° Étudier l'influence des émanations de cuisine, tabac et autres sur la santé de l'enfant (de la naissance à 3 ans). 2° Relever les lois qui ont été édictées chez les peuples relativement au premier âge (infanticide, abandon, assistance, protection, tutelle, puissance paternelle, fécondité). Étudier l'influence que ces lois ont exercée sur le développement des jeunes générations et

sur la mortalité. Les mémoires sur l'*une ou l'autre question* doivent être adressés, dans les formes académiques, à M. le président de la commission scientifique de Marseille, rue de la Doise, 19, avant le 15 décembre 1875, *terme de rigueur*. Des médailles d'or, de vermeil, d'argent, de bronze et des mentions honorables seront décernées en séance publique aux meilleurs mémoires.

(*Gaz. des hôpitaux.*)

La rage. — « Chaque année, il y a en France beaucoup de victimes de la *rage*, et, chaque année aussi, on voit surgir des inventeurs de remèdes *infaillibles* contre la rage.

» Expérimenter tous ces médicaments, ce n'est pas toujours facile ni exempt de dangers; les rejeter tous sans examen, c'est tomber dans un scepticisme peu digne des hommes de science et laisser aux charlatans, comme aux hommes de bonne foi, la possibilité d'exploiter l'ignorante crédulité publique.

» La *Commission militaire de la rage* (composée de vétérinaires militaires, en activité ou en retraite, et constituée le 6 juin 1874, embrassant dans ses recherches l'essai de la valeur curative des remèdes vantés contre la rage, se met à la disposition de l'*Académie de médecine* pour passer au creuset de l'expérience les remèdes qui lui sont remis dans le but d'obtenir son approbation.

» Un délégué de l'Académie ainsi que l'inventeur du médicament pourront assister aux expériences, qui sont faites dans l'établissement de M. Bourrel, rue Fontaine-au-Roi, 7.

» Il doit être entendu que les remèdes sont administrés à des chiens *enragés* et non à des chiens *suspects* ayant été simplement mordus, et chez lesquels, sans aucun soin, il y a plus de quatre chances contre une qu'ils ne seront pas atteints de la maladie.

» Actuellement, la commission expérimente un remède qui a une telle réputation antirabique dans le Tonquin, que monseigneur Gauthier, évêque de cette contrée, a cru de son devoir d'en envoyer en France par l'intermédiaire de M. Senez, capitaine de vaisseau.

La fraîcheur dans les chambres de malades. — Le *Bulletin français* signale le procédé recommandé par le docteur Maurin pour produire de la fraîcheur dans les chambres de malades. Il consiste à mettre aux fenêtres largement ouvertes des linges imbibés d'eau. On sait combien l'eau, pour passer de l'état liquide à l'état gazeux, absorbe de calorique. Cette absorption fait baisser en quelques instants de 5 à 6 degrés la température de l'appartement, et l'humidité répandue dans l'air fait supporter plus facilement la chaleur. Par ce système, les malades se trouvent, même au plus fort de l'été, dans une atmosphère rafraîchie analogue à celle qui règne après les orages.

Nouveaux projectiles. — On lit dans l'*Army and Navy Gazette :*

Nous avons parlé, à plusieurs reprises, des différents résultats des expériences faites par le comité sur les matières explosibles en cherchant à démontrer l'utilité pratique du projet soumis par le professeur Abel, et consistant à faire éclater des boulets creux ordinaires remplis d'eau au moyen d'un détonateur formé de poudre-coton sèche et comprimée, enveloppant une petite capsule de fulminate de mercure. Il y a quelques mois, il a établi que ce procédé, appliqué aux boulets ordinaires de 16 livres, est parfaitement praticable. Le résultat de l'expérience a été que le boulet a éclaté en trois cents fragments, tandis qu'une charge de poudre ordinaire ne produisait que trente éclats.

L'effet d'une pareille explosion ne saurait être qu'extrêmement meurtrier au milieu des troupes en rase campagne. Dernièrement, cependant, on a fait des expériences sur des boulets ordinaires de 9 pouces, dont l'effet a dépassé de beaucoup celui des différents boulets ordinaires qu'on emploie en compagne. Dans ces expériences, l'élément explosif employé, au lieu d'eau, était de la poudre-coton mouillée. Il est bon de se rappeler que le danger résultant de l'emploi de

cette matière explosible a été écarté en la mouillant, lorsqu'on eut découvert qu'elle détonait aussi bien mouillée que sèche. Les résultats des expériences avec la poudre-coton mouillée ont été extraordinaires ; les boulets ont éclaté littéralement en mille morceaux.

Accidents que peuvent déterminer les ballons remplis de gaz hydrogène.

On sait que les ballons remplis d'hydrogène, ballons qui servent d'annonces à nos grands magasins de nouveautés, sont répandus en énormes quantités dans la population.

Ces ballons peuvent être et ont été la cause d'accidents, et cela à tel point, que des Commissions d'hygiène ont dû s'en occuper.

On conçoit que ces Commissions n'ont pu demander l'interdiction de ces jouets, elles l'eussent fait qu'elles eussent été blâmées; que les mots : liberté, commerce, eussent servi de base à des récriminations, et même à des railleries. On conçoit alors la difficulté, et on se demandait ce qu'il y avait à faire? On dut se borner à des conseils que la presse avait donnés, en faisant connaître les accidents qui se multipliaient.

Ces conseils, qui ont pu faire prendre quelques précautions, n'ont pas été connus de tous. Le fait suivant, et assez original, fait connaître une nouvelle explosion d'un de ces ballons ; ce fait est consigné dans *la Petite Presse* du 12 mars 1875 :

« Avant-hier, vers cinq heures du soir, le cocher d'une voiture de remise avait conduit au Palais-Royal une jeune femme avec sa petite fille de cinq à six ans. Il stationnait, en attendant leur retour, place du Théâtre-Français.

« Pour passer le temps, il voulut allumer un cigare, et, comme il faisait grand vent, il introduisit sa tête dans la voiture.

« Là, se trouvait un gros ballon-réclame en baudruche, des Magasins du Louvre, que la petite fille y avait laissé.

« Dès que le cocher eut frotté son allumette, une détonation se fit entendre. Le ballon venait de faire explosion, et une flamme rapide entourait la tête du malheureux, qui a eu les cheveux et la barbe consumés et a reçu d'assez fortes brûlures.

« Les premiers secours lui ont été donnés dans une pharmacie, et les voyageuses qu'il attendait ont dû prendre un autre véhicule. »

(*Journ. de chimie médicale.*)

Les morsures de serpents de l'Australie. — En Australie, dans le gouvernement de Victoria, la commission nommée pour faire une enquête sur le danger des morsures de serpents de l'Australie comparés à ceux de l'Inde, sur l'effet des poisons de ces deux espèces de reptiles et sur l'administration de différents remèdes, a terminé son rapport, dit l'*Argus de Melbourne*. Il en résulte que l'empoisonnement par morsure d'un serpent australien est plutôt l'exception que la règle. On a fait nombre d'expériences sur les deux espèces de serpents qui existent en Australie, et l'on a trouvé que leurs morsures, dans les conditions ordinaires, étaient inefficaces. Le cobra indien est de six à treize fois plus venimeux que le reptile d'Australie. Une quantité donnée de poison du premier est plus puissante et plus rapidement mortelle que la même quantité de poison du second. L'injection intraveineuse d'ammoniaque, qui a été pratiquée sur des chiens, n'a aucune vertu d'antidote, ni même de vertu thérapeutique. Cette injection, en provoquant l'absorption du poison, accélère plutôt qu'elle ne retarde la tendance à la mort. Le professeur Halford va publier un commentaire de ce rapport, avec énumération des cas où l'ammoniaque a été injectée pour la cure des morsures de reptiles.

(*Rép. de pharm.*)

Incinération.—Les journaux de Berlin annoncent que le comité pour l'incinération des morts s'était adressé au ministre de l'intérieur pour obtenir l'autorisation d'introduire la crémation des morts. Le ministre de l'intérieur vient de lui faire une réponse négative en son nom et au nom du ministre des cultes. Les ministres disent que cette nouvelle coutume ne

pourrait être introduite que par voie législative, que la population ne la réclame pas et qu'elle ne semble pas près de rallier les suffrages de la majorité des Prussiens.

Indemnité de séjour des présidents de jurys. — M. le Ministre de l'Instruction publique, consulté par plusieurs recteurs sur les chiffres de l'indemnité de séjour à laquelle ont droit les professeurs des facultés de médecine et des écoles supérieures de pharmacie, chargés de la présidence des jurys dans les écoles préparatoires, a répondu qu'il n'y avait, pour le moment et en présence du projet de loi sur l'enseignement supérieur, qu'à appliquer le règlement du 23 décembre 1854, qui alloue aux présidents de jurys une indemnité de 12 francs par jour d'absence.

Bulletin des décès dans la ville de Paris.

Du 21 *au* 28 *mai*, on a constaté 901 décès, savoir : variole, 10 ; rougeole, 33 ; scarlatine, 2 ; fièvre typhoïde, 10 ; érysipèle, 11 ; bronchite aiguë, 28 ; pneumonie, 68 ; dysentérie, 1 ; diarrhée cholériforme des enfants, 9 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 9 ; croup, 16 ; affections puerpérales, 8 ; autres affections aiguës, 269 ; affections chroniques, 373 (dont 175 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 33 ; causes accidentelles, 21.

Du 28 *mai au* 4 *juin*, 925 décès ainsi répartis : variole, 14 ; rougeole, 33 ; scarlatine, 0 ; fièvre typhoïde, 19 ; érysipèle, 12, bronchite aiguë, 33 ; pneumonie, 76 ; dysentérie, 1 ; diarrhée cholériforme des enfants, 9 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 12 ; croup, 8 ; affections puerpérales, 13 ; affections aiguës, 272 ; affections chroniques, 372 (dont 156 dus à la phthisie pulmonaire) affections chirurgicales, 33 ; causes accidentelles, 18.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Librairie Gustave Masson, éditeur.

Guide pratique aux eaux minérales, aux bains de mer et aux stations hivernales, suivi d'études sur l'hydrothérapie et augmenté d'un traité des éruptions de la face, par le Dr Constantin James. 9e édition, 1 vol. cartonné, avec cartes et gravures. Prix 10 francs.

Georges Chamelot, éditeur.

De la Balano-posthite parasitaire et du phimosis sympthomatite du diabète, par le Dr de Beauvais, médecin en chef de Mazas.

Au bureau du Journal.

Tratié pratique du rétroceps, par le Dr Hamon. Prix franco, 8 fr.

VARIETES.

De la prétendue immunité des médecins aux influences morbifiques.—Les diplômes de fantaisie.

Encore une victime du dévouement professionnel ! M. le Dr Girard vient de succomber, à l'âge de 27 ans, aux atteintes du croup, contracté au lit d'un de ses jeunes malades. Tel a été le sort du regretté Gillette, le fils de notre distingué collaborateur. C'est également aux suites de la diphthérite qu'a payé, il y a quelques années, le néfaste tribut un éminent confrère de la province, avec lequel il nous a été donné d'avoir d'excellentes relations. Nous voulons parler du Dr Gendron, de Château-du-Loir, dont quelques-uns de nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié les remarquables travaux. On lui doit un intéressant mémoire sur les *épidémies des petites localités* (*J. des connaiss. médico-chirurg.*, mars 1834). Il avait beaucoup écrit sur la diphthérite, sur laquelle il partageait les vues de l'illustre Bretonneau.

Le public, qui a le tort de nous payer si souvent d'ingratitude, croit fermement

que l'immunité reste acquise aux hommes de l'art. Les faits qui se passent chaque jour sous nos yeux donnent, à cette opinion, basée sur un sentiment d'égoïsme, le démenti le plus flagrant. On voudrait bien s'exonérer de tout tribut à la reconnaissance, en proclamant bien haut que le funeste don de réceptivité ne nous est pas donné. On voit bien, de temps à autre, quelques médecins tomber au champ d'honneur, mais ces malheurs sont si rares, par rapport au chiffre général des décès, qu'on n'y fait que fort peu d'attention. On ne considère pas assez que l'on ne compte guère, en moyenne, qu'un médecin sur deux mille âmes. En tenant compte d'une telle donnée, on serait au contraire porté à conclure qu'aucune classe de la société ne paye plus largement que nous l'impôt funeste aux maladies épidémiques.

Une telle remarque, du reste, nombre de fois déjà a reçu l'irrécusable sanction des chiffres. Il en a été ainsi, notamment, dans la guerre de Crimée. Le Dr Chenu a démontré numériquement que, dans cette campagne, le corps des officiers de santé a fait des pertes énormes, et loin de toute proportion, comparativement à celles qui ont été subies par les autres corps.

Beaucoup de médecins, du reste, semblent partager cette opinion erronée du public. Il faut le dire aussi, le milieu dans lequel nous vivons est bien fait pour éloigner de notre esprit toute crainte de contagion. Le militaire, sur le champ de bataille, s'habitue à affronter sans trembler la mort, qui fauche autour de lui de nombreux compagnons d'armes. De même, le médecin, dans une autre arène. moins brillante, mais non moins périlleuse, ne songe nullement qu'à chaque pas il expose ses jours, pour conserver ceux de ses semblables.

Assurément, nous n'avons pas assez conscience des dangers auxquels nous nous exposons avec un dévouement sans bornes. Nous-même, pendant de longues années, nous nous sommes cru à l'abri de toute atteinte. Une cruelle maladie, contractée au chevet de nos malades, et qui nous a tenu quatre mois éloigné de notre clientèle, nous a fait apprendre, à nos dépens, que le médecin est de chair et d'os ainsi que les autres hommes.

Nous désirons que nos confrères ne fassent pas la même expérience. Aussi les engageons-nous à se ménager, dans les limites du possible, en se pénétrant bien de cette idée que, pas plus que quiconque, le médecin n'a reçu du ciel en partage le don de l'immunité morbide.....

* * *

Un certain nombre d'universités de l'étranger ont trouvé un moyen assez interlope de battre monnaie. Elles confèrent, moyennant finances, des diplômes de docteur.

Ces diplômes, il est vrai, n'assurent pas, à ceux qui les achètent, le droit de pratiquer la médecine. Ils leur donnent un simple titre honorifique, qui flatte leur amour-propre, et les pose dans l'esprit de quiconque ne sait pas distinguer l'oiseau de son plumage. Ce sont là, ainsi qu'on les désigne, des titres de *doctor ad honorem*.

Certains médecins de second ordre, de notre connaissance, ont su tirer un excellent parti de ce mode de faire, pour suppléer à de fortes études qu'il ne leur avait pas été donné de faire. Grâce à ce facile expédient, chacun peut se parer du bonnet doctoral, qui exerce toujours son prestige, aux yeux du public bénévole.

Jusqu'ici ces petites opérations se pratiquaient dans l'ombre avec une certaine décence; mais, aujourd'hui, le puritanisme semble avoir fait son temps. Cette industrie vient de s'implanter en France, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'annonce suivante qui a été reproduite par divers journaux politiques.

« *Diplômes d'université.* — Les hommes de lettres et autres, de toutes professions et de toutes classes, désirant obtenir le grade de docteur, doivent s'adresser au docteur R... rue R... à Paris. »

Décidément où allons-nous?

Le Rédacteur en chef-gérant,
Dr Hamon de Fresnay.

No 13. — 1er JUILLET 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

HOPITAL COCHIN.

Service de M. Dr Desprès.

1° Affections du tube digestif.

a. Hernie étranglée. — *Kélotomie de bonne heure.* — M. Desprès est d'avis qu'il faut opérer la hernie étranglée le plus tôt possible : au-delà de 12 ou 15 heures pour les hernies de petit volume, on perd un temps précieux ; on suit même une pratique nuisible en voulant tenter autre chose que la kélotomie, c'est-à-dire en employant le taxis, qui rend certainement l'opération plus dangereuse, ou bien les ponctions évacuatrices, méthode qu'il repousse presque absolument.

C'est ainsi, selon ce chirurgien, qu'on est arrivé dans notre pays à posséder des statistiques de kélotomie dans les hernies étranglées s'élevant au chiffre si déplorable de 86 0|0 de mortalité, tandis que les statistiques anglaises donnent des mortalités de 30 et 50 0|0 : la cause doit en être attribuée à ce que chez nous on retarde beaucoup trop l'opération. Pour lui, le taxis est nuisible toutes les fois qu'il ne réussit pas.

Fixer l'époque précise à laquelle il faut opérer n'est certes pas chose facile, car on voit des étranglements par le collet du sac datant de 5 jours au moins, guéris par la kélotomie; mais M. Desprès pose en principe que pour les *petites hernies*, surtout crurales, on ne saurait opérer trop tôt; l'ouverture du sac est, en pareil cas, la meilleure conduite à suivre : pour les *grosses hernies* (entéro-épiplocèle), il faut également se hâter, et dans les deux premiers jours qui suivent l'étranglement c'est surtout à la kélotomie sans ouverture du sac que l'on doit s'adresser.

Il ne réserverait tout au plus le taxis et la temporisation qu'aux cas dans lesquels la hernie, maintenue habituellement réduite par un bandage, s'est étranglée soudainement depuis quelques heures par un effort.

Voici les conditions dans lesquelles il se place et qu'il ne néglige jamais dans le cours de la kélotomie.

Il opère sans recourir au chloroforme qui lui paraît avoir pour effet immédiat d'abattre les malades et de déterminer des efforts de vomissements qu'il est utile d'éviter. — Du reste l'incision de la peau est le seul temps un peu douloureux de l'opération, mais ce n'est pas là une raison suffisante pour obliger à l'anesthésie.

Une fois le sac ouvert et le débridement effectué, il attire un peu l'anse intestinale pour se rendre un compte exact de l'état qu'elle présente au niveau du point étranglé, et avant de procéder à la réduction de l'intestin, il prend soin de *le laver avec de l'eau chaude*. Ce lavage a non-seulement pour résultat de nettoyer les organes qui doivent être repoussés dans le ventre et d'éviter par conséquent une poussée péritonéale provoquée directement, mais il a

aussi pour effet presque immédiat, d'après la remarque qui en a été faite par ce chirurgien, de redonner de la vie à l'anse herniée : la circulation s'y rétablit, ce qui est surabondamment prouvé par le changement de couleur qui se produit : la paroi intestinale en effet perd sa coloration bleuâtre, semi-asphyxique et reprend un *aspect rosé* tout à fait de bonne nature.

Comment se comporte-t-il avec l'épiploon ? Un premier point capital, c'est qu'il ne le rentre jamais et le maintient, au dehors, dans la plaie. La marche à suivre dépend toutefois du volume de cette masse épiploïque : si elle est peu considérable, et si elle n'a pas été lésée, la simple ligature suffit : on voit alors ce bouchon graisseux ou bien se mortifier en totalité ou en partie, ou bien se ratatiner en suppurant et finir presque par se résorber en entier : c'est du reste ce que nous avons vu, il y a quelque temps, se produire chez un homme du service de M. Richet, dont l'épiploon laissé au dehors constituait une masse énorme.

S'il y a une grande quantité d'épiploon, M. Desprès en pratique la ligature, la section, puis la cautérisation à l'aide du perchlorure de fer. — Sur 9 cas de ligature de l'épiploon, il a eu 6 guérisons, soit 66 0[0.

b. Rétrécissement du rectum (fibreux). — *Dilatation intermittente.* — Le rétrécissement, d'après ce chirurgien (*chancre plagédénique du rectum* : *Arch. de méd.* 1868 et *Revue phot. des hôpitaux* 1869), peut toujours se rattacher à une lésion des premiers âges de la syphilis ou à des antécédents vénériens : en un mot, selon lui, cette variété de rétrécissement est *la cicatrice d'une ulcération développée sur un chancre*, creusant à la fois en surface et en profondeur par une sorte de phagédénisme térébrant, *ou sur des plaques muqueuses ulcérées de l'anus.* — La plupart de ces rétrécissements seraient très-lents à se produire et ne se manifesteraient par des troubles bien accusés que plusieurs années après leur début : selon ce chirurgien, l'affection a toujours plus que l'âge qu'on lui suppose.

M. Desprès ne considère le plus souvent les opérations de *rectotomie* que comme palliatives et ne donnant pas de meilleurs résultats que la dilatation temporaire. Il croit même qu'il faut toujours dilater après l'incision, sous peine de voir la coarctation se reproduire ; aussi se borne-t-il à prescrire la *dilatation intermittente*, tantôt avec les mèches, tantôt avec la canule et à conseiller de fréquents lavements.

La dilatation n'est pas elle-même, du reste, exempte de tout danger, nous l'avons vue suivie d'accidents de péritonite à l'hôpital Cochin. Tout récemment M. Lannelongue a observé un cas de mort à la suite d'un simple toucher rectal chez un malade atteint de rétrécissement : aussi les plus grands ménagements doivent-ils être apportés dans l'exploration et les tentatives opératoires de ce genre d'affection.

c. Abcès rétro-pharyngien (idiopathique). — *Ouverture avec le trocart.* — M. Desprès rattache souvent l'origine de ces collections purulentes à une adénite, comme M. Verneuil (*Bull. Soc. de chir.* 1865) l'avait déjà avancé il y a quelques années et comme nous l'avons démontré par nos recherches anatomiques et les observations publiées dans notre *thèse inaugurale de* 1867. La position et la forme de ces abcès nous semblent bien en rapport avec le siége ganglionnaire probable que nous leur avons assigné. Si on a répété souvent que la forme est toujours globuleuse, c'est parce qu'on ne la cherche pas avec soin au commencement de l'affection ; sans cela on constaterait que la tumeur débute *latéralement* et est tout d'abord plus étendue en longueur : ce n'est que plus tard que gagnant en étendue, elle arrive à la ligne médiane, la dépasse même et prend alors une disposition globuleuse.

J'ai indiqué dans mon travail une manière assez commode de percevoir facilement la fluctuation : faisant asseoir le malade sur une chaise et me plaçant derrière lui, je lui appuie contre ma poitrine la partie postérieure de la tête que je le force à relever légèrement ; maintenant les mâchoires écartées, j'enfonce profondément dans l'arrière-gorge mes deux

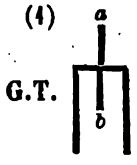
indicateurs recourbés en crochets qui sentent par leur pulpe la fluctuation aussi nettement que possible. Il y a grand avantage à pratiquer l'exploration de cette manière, parce que la tête du malade se trouvant bien fixée, ne peut reculer, ce qui a lieu inévitablement quand on l'examine par la partie antérieure.

L'indication est d'évacuer le pus et d'empêcher le malade d'être asphyxié par le liquide au moment de l'ouverture que M. Desprès pratique, à cet effet, en deux temps. La plus grande partie du pus est vacuée par un trocart, ce qui prévient sa chute dans le larynx; puis une fois que la poche s'est sensiblement affaissée, on agrandit l'orifice ce qui permet au liquide de s'écouler librement avec régularité. Ce dernier temps nous paraît indispensable, car il y a danger à laisser persister un orifice trop étroit qui est la cause de la stagnation du pus dans la cavité.

2° Affections des os et des articulations.

a. Résection de la hanche. — *Procédé de Syme* (*). — Le procédé de Ch. White

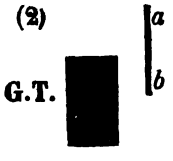
(1)



consistant (1) à faire une seule incision rectiligne (a b) située sur le côté externe de l'articulation, et par conséquent sur le grand trochanter G. T., n'est pas adopté par M. Desprès, parce qu'il ne découvre pas suffisamment bien l'articulation.

Il préfère le procédé de Syme (2) qui

(2)

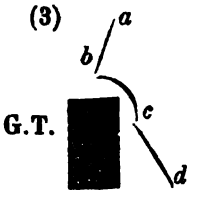


n'est qu'une *incision rectiligne* (*a b*) décrite longitudinalement un peu en arrière du grand trochanter. C'est aussi celui que nous avons vu pratiquer par le professeur Gosselin à l'hôpital de la Charité. En imprimant une légère courbure à cette incision, on découvre plus aisément les parties constituantes de l'articulation.

Le choix du procédé nous paraît devoir être du reste subordonné à la portion du squelette que l'on va sacrifier : si l'on se contente de réséquer la tête fémorale, il est évident que la première incision des parties molles doit chercher à ménager l'insertion des divers muscles trochantériens : aussi y aura-t-il avantage à employer l'une des deux méthodes précédentes ou celle de Langenbeck dans laquelle le chirurgien décrit une incision de 6 à 10 centimètres qui a son point de départ sur la partie moyenne du grand trochanter et qui se dirige vers l'épine iliaque postéro-inférieure.

Le procédé de O. Heyfelder (3), dit par *incision en ligne brisée*, est peut-être plus commode, mais donne lieu à un délabrement plus considérable des parties molles.

(3)



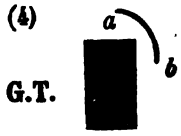
Cette incision part à 5 ou 6 centimètres au-dessus et un peu en arrière du grand trochanter vers lequel elle se dirige (*a b*) obliquement : elle contourne ce dernier en formant une courbe à concavité antérieure (*b c*), puis redevient rectiligne (*c d*) et oblique en bas et en arrière pour finir sur la face postérieure de la diaphyse.

Si l'on doit réséquer en entier l'extrémité supérieure du fémur, il n'y a pas lieu de vouloir ménager l'insertion des muscles trochantériens et, par l'incision que l'on pratique, on doit surtout avoir pour but de se donner le plus de jour possible pour attaquer l'articulation malade.

L'*incision semi-elliptique* (4) de Billroth et qui a été adoptée par M. A. Guérin est certainement une des plus commodes. Elle

(*) Chacune de ces figures représente la partie externe de l'articulation coxo-fémorale du côté gauche.

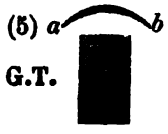
circonscrit par sa courbure antérieure (*a b*)



toute la partie postérieure du grand trochanter et rend la dissection des parties molles profondes beaucoup plus facile.

Du reste, en thèse générale, nous pouvons dire que comme difficulté, rien ne ressemble moins à la résection faite sur le vivant que la même opération pratiquée sur le cadavre. Dans le premier cas, le temps de la désarticulation est grandement facilité par les altérations osseuses qui ont nécessité l'intervention chirurgicale et on arrive aisément au résultat que l'on se propose par l'une ou l'autre des méthodes, plus ou moins modifiées, que nous venons d'indiquer.

Sur le cadavre c'est tout autre chose, les difficultés sont toujours extrêmes pour parvenir à faire sortir la tête fémorale de l'intérieur de la cavité cotyloïde lorsqu'on emploie les incisions longitudi-



nales plus ou moins parallèles aux fibres du grand fessier : aussi avions-nous l'habitude, à l'Ecole pratique, de faire répéter aux élèves cette résection par le procédé suivant qui, s'il est bien exécuté, permet à la tête de venir faire saillie hors de la plaie en quelques secondes : le couteau plongeant dans les parties molles en avant du grand trochanter décrit tout autour de l'extrémité supérieure de cette apophyse une incision curviligne (5) *a b*, à concavité dirigée en bas, qui s'arrête à sa partie postérieure ; en deux ou trois coups tous les tissus mous superficiels et profonds sont divisés : le chirurgien porte alors le tranchant de l'instrument en avant sur le ligament capsulaire antérieur, et le sectionne : reste à produire la luxation : le genou est fléchi et porté fortement en dedans et en avant : mais il ne faut pas chercher dans ce premier temps d'adduction et de rotation en dedans du fémur, à faire sortir brusquement la tête, on n'y parviendrait pas ; on exécute cette rotation puis on relâche la cuisse, l'air entre dans la cavité articulaire et une légère propulsion du fémur en dedans suffit à produire l'issue de la tête qui s'échappe presque d'elle-même de sa cavité de réception; on achève alors la section du ligament rond. Ce procédé, tel que nous venons de le décrire, n'est peut-être bien qu'un simple procédé d'amphithéâtre, mais on pourrait appliquer quelqu'un de ses temps à l'exécution de cette résection sur le vivant : en tout cas, il est prompt et facile sur le cadavre quel que soit le volume des muscles trochantériens.

La scie à chaîne, dont on fait habituellement usage pour retrancher la tête du fémur, n'est pas non plus toujours d'un maniement commode, aussi pensons-nous qu'on peut procéder aisément à la section de cette extrémité à l'aide d'une scie à main et en protégeant les parties molles postérieures par l'interposition simple d'une attelle entre l'os et les chairs. La scie de Butcher, modifiée par M. Trélat, qui a l'avantage de pouvoir sectionner des régions profondes aux parties superficielles peut, en cette circonstance, rendre de grands services.

b. Pied valgus accidentel. — *Thérapeutique différente suivant la variété à laquelle on a affaire. — Electricité, ténotomie.* — Il existe deux variétés principales :

1° Le pied plat valgus douloureux ;

2° Le pied creux valgus douloureux.

Chacune de ces variétés offre, au point de vue anatomique et par conséquent thérapeutique, des différences très-marquées.

Dans la première variété (*pied plat valgus douloureux*) qui répond à ce que M. Gosselin appelle *tarsalgie des adolescents*, parce que ce professeur rapporte le renversement du pied en dehors à une arthrite des articulations tarsiennes, dans cette première variété, dis-je, où les dou-

leurs sont dues certainement, en grande partie, au tiraillement des ligaments dans l'intérieur desquels M. Sappey a démontré la présence de nombreux filets nerveux, il n'y a pas, à proprement parler, *paralysie*, mais *affaiblissement* plus ou moins prononcé des long et court péroniers latéraux et du péronier antérieur (muscle plutôt abducteur qu'extenseur) : par suite de l'affaiblissement de ces muscles, l'action du jambier antérieur, qui est leur antagoniste, s'exagère pour lutter contre la production du valgus et son tendon devient saillant sur le dos du cou-de-pied, dans ce cas le pied est réellement plat.

Les recherches de Soemmering, de Bourgery, de Duchenne de Boulogne, nous ont en effet démontré, quant à la physiologie du pied, que d'une part *le tendon du long péronier latéral* est un vrai ligament actif, qui abaisse la saillie sous-métatarsienne et creuse par conséquent la voûte plantaire, que d'autre part *le tendon du jambier antérieur* détruit au contraire cette voûte en élevant la saillie sous-métatarsienne, ce qui rend le pied plat.

Ces deux faits anatomiques étant acquis, le pied plat valgus est-il justiciable de la médecine opératoire? nous ne le croyons pas, car si la contracture du jambier antérieur peut exister, elle est rare, et en tout cas la section de ce tendon serait le plus souvent inutile, cette 1re *variété* étant due essentiellement à l'impotence du muscle long péronier latéral : c'est donc à ce dernier qu'il faut s'adresser, non pas le sectionner comme l'a fait trop souvent l'empirisme, mais chercher à lui rendre sa puissance au moyen de l'électricité par induction, c'est-à-dire de la faradisation.

Dans la seconde variété (*pied creux valgus douloureux*) il y a exagération de la voûte plantaire par contracture des long et court péroniers latéraux et par défaut de puissance du jambier antérieur qui est en quelque sorte frappé de déchéance. Dans ces cas, le traitement doit être chirurgical et consister dans la section des tendons des péroniers et on peut y joindre la faradisation du muscle antagoniste, c'est-à-dire du jambier antérieur; toutefois c'est surtout à la ténotomie des péroniers, en deux endroits différents, que l'on doi s'adresser et éviter, par l'électrisation, d'agir sur les autres muscles, ce qui n'aurait qu'un effet nuisible, augmenter la contracture (véritable crampe analogue à celle des écrivains).

En un mot 1° : C'est principalement l'*électricité* (agir sur les péroniers) qu'on doit avoir recours dans le pied plat.

2° C'est principalement la *ténotomie* (des péroniers) qu'on emploiera sur le pied creux.

Ce n'est qu'accessoirement à moins d'indication formelle qu'on agira dans le muscle jambier antérieur.

c. Hydarthrose du genou. — *Dangers des ponctions aspiratrices.* — M. Desprès se montre très-réservé dans l'emploi des ponctions aspiratrices et évacuatrices pour les collections séreuses ou hématiques des articulations, et nous ne saurions trop l'approuver, car une plaie articulaire quelque insignifiante qu'elle puisse paraître est loin d'être exempte de tout danger.

Dans un rapport lu à la Société de chirurgie (14 mai 1873) sur un travail de M. le Dr Dieulafoy, *des ponctions évacuatrices dans les épanchements articulaires du genou*, M. Desprès ne s'est pas déclaré, d'une façon générale, partisan de cette méthode thérapeutique et la majorité des membres de cette Société a adopté ses conclusions.

Il pense que dans les hydarthroses et hémo-hydarthroses d'origine traumatique, les méthodes anciennes portent en elles beaucoup plus de sécurité, et généralement une guérison tout aussi rapide et aussi efficace que l'emploi de l'aspirateur.

Dans les épanchements de sang articulaires son usage serait complétement contre-indiqué. A ce propos, nous devons rappeler que nous avons vu, il y a quelques années à Beaujon, Jarjavay pratiquer fréquemment des ponctions à l'aide d'une lancette dans les hémo-hydarthroses traumatiques du genou avec ou sans fracture de la rotule et obtenir des succès comme l'a consigné M. le Dr Thévenot dans sa thèse inaugurale, mais nous nous souvenons d'un cas de mort survenu à la suite

d'une semblable pratique; le mieux, à notre avis, est évidemment de faire de la thérapeutique expectante plutôt que d'exposer les malades à des accidents, quelque rares qu'ils puissent être.

Pour les hydrathroses rhumatismales, les ponctions (en admettant même leur innocuité) ne sont pas d'une utilité plus grande, car il faut les renouveler à plusieurs reprises ce qui conduit, pour arriver à la guérison, à une période de 20 ou 25 jours, qui représente normalement le temps nécessaire pour obtenir le même résultat à l'aide des anciens moyens ; il en est de même pour les arthrites blennorrhagiques. Toutefois, M. Desprès ne repousserait pas complétement l'aspiration dans les hydarthroses chroniques stationnaires qui se montrent rebelles au traitement classique. M. Duplay (*Loc. chir.*, 1873), a cependant rappelé un fait qui se trouve dans *The medical Record*, et qui est relatif à une mort ayant suivi la ponction pratiquée pour une hydarthrose chronique du genou.

Dr Gillette.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Leçons cliniques de M. le professeur Hardy.

Pour M. le professeur Hardy, les lésions élémentaires sont une des branches importantes du diagnostic, mais le peu de durée de quelques-unes fait que souvent le médecin ne peut assister à leur évolution, aussi doit-on ne pas négliger l'étude des lésions secondaires qui, dans chaque espèce, ont leur cachet particulier.

Les squames, les croûtes et les ulcérations figurent au premier rang parmi ces lésions secondaires, la description que nous en avons faite dans des revues précédentes nous dispense de revenir sur ce sujet.

Ces différents éléments ne peuvent souvent servir qu'à donner le prénom de la maladie, c'est-à-dire son nom comme maladie de peau, mais à côté de cela, il y a le nom de famille ou diathésique qui a une importance capitale sur le traitement et vers l'étude duquel doit converger tous les efforts du médecin.

Pour rendre ce but plus facile à atteindre, M. Hardy abandonne la classification dermatologiste pour faire rentrer les maladies de peau dans le cadre nosologique ordinaire.

Il divise les maladies de peau en onze classes :

1re *classe*. Difformités de la peau, congénitales ou acquises : lentigo, ichthyose, nolluseum.

2e *classe*. Affections inflammatoires : zona, ecthyma, érythème.

3e *classe*. Affections artificielles, qui sont sous la dépendance d'un agent spécifique : huile de croton, tartre stibié, huile de cade, taches de la peau lorsque l'on a pris de l'arsenic ou du nitrate d'argent.

4e *classe*. Phénomènes inflammatoires liés à la présence d'un parasite végétal ou animal.

5e *classe*. Affection résultant d'un état infectieux de l'économie : charbon, anthrax, furoncle.

6e *classe*. Congestions de la peau.

7e *classe*. Hémorrhagies de la peau (purpura).

8e *classe*. Hypercrinies ou flux : sueur des pieds, flux sébacés, acné.

9e *classse*. Névroses de la peau, urticaire, qui a une marche intermittente, hyperesthésie cutanée.

10e *classe*. Fièvres éruptives : miliaire, érysipèle, et certains érythèmes et même pour M. Hardy le zona, l'herpès fébrile, les taches lenticulaires de la fièvre typhoïde et les taches ardoisées.

11e *classe*. Maladies sous la dépendance d'un état diathésique qui se divisent en sous-classes :

A. Maladies herpétiques.
B. Maladies scrofuleuses.
C. Maladies syphilitiques.
D. Eruptions pellagreuses.
E. Eruptions lépreuses.
F. Affections cancéreuses de la peau dans lesquelles se trouvent trois variétés : 1° cancroïdiennes, 2° éphithéliales, 3° cancéreuses.

Pour arriver à cette précision du diagnostic, M. Hardy s'appuie non-seulement sur les lésions primitives, mais encore sur les circonstances commémoratives, dou-

leur, *démangeaisons*, souvent caractéristiques des maladies parasitaires. L'absence de démangeaison spéciale aux affections syphilitiques — la fièvre — la cachexie — le siége — la durée presque éternelle pour les scrofulides — la marche plus ou moins lente et plus ou moins régulière.

Les phénomènes concomitants sont aussi quelquefois d'un très-grand secours (exostose ou pléiade ganglionnaire).

Le tempérament et les antécédents sont souvent un guide très-sûr. Enfin il n'est pas jusqu'au traitement qui, dans quelques cas difficiles, ne puisse apporter son concours pour la solution d'un diagnostic non encore suffisamment établi.

Examen des malades du service.

Acné indurata. — Cette maladie est constituée par une pustule ayant son siége à la face ou sur les épaules, c'est une maladie très-rebelle et contre laquelle il faut employer un traitement substitutif qui consiste à irriter la peau par des pommades ou des lotions. Le traitement qui lui a donné les meilleurs résultats consiste en lotions matin et soir avec :

Sulfure de potassium.	ãã 10 grammes.
Teinture de Benjoin.	
Eau.	250 grammes.

Une cuillerée à bouche matin et soir dans un demi-verre d'eau pour usage externe.

Ce traitement a donné à M. Hardy de meilleurs résultats que ceux par la teinture d'iode, par l'huile de cade ou les solutions mercurielles.

Quelquefois, à la suite de cette affection, il se forme une hyperplasie conjonctive fort désagréable, le nez bourgeonne et prend des proportions quelquefois effrayantes. Dans la collection du musée pathologique de l'hôpital Saint-Louis, il y en a quelques échantillons remarquables par un volume atteignant plusieurs fois la grosseur du poing.

Le traitement consiste en cautérisations par le fer rouge ou par des flèches caustiques. Le traitement par les flèches est moins effrayant pour le malade, mais il est beaucoup plus douloureux. Lorsque l'on a recours à la pointe de feu, il faut pratiquer plusieurs points de cautérisation et enfoncer le fer à une profondeur d'un demi-centimètre environ. Un des malades du service a subi cette opération, et par ce moyen, son nez a diminué d'un tiers environ. Dans les cas où le volume est considérable, ce n'est qu'au bout de plusieurs cautérisations successives que l'on peut espérer voir le nez prendre des proportions raisonnables.

Eczéma impétigineux. — Il est très-rare que dans cette affection, le médecin puisse constater la lésion primitive, mais l'aspect jaune mielleux de la croûte est caractéristique. Le traitement consiste en bains, cataplasmes émollients ; si la maladie siége sur un point qu'il soit facile d'envelopper avec de la toile vulcanisée, cet enveloppement est beaucoup plus efficace que les cataplasmes émollients. Comme traitement interne, on administre des purgatifs, un traitement arsenical et chaque jour un litre de tisane de pensée sauvage et de séné. Il faut avoir soin d'éviter l'emploi des substances irritantes dans l'alimentation.

Psoriasis. — Lorsque le diagnostic d'un psoriasis présente quelques difficultés, il faut toujours constater la présence de cette affection aux parties les plus sèches de la peau, les coudes et les genoux. M. le professeur Hardy n'approuve pas le traitement de plusieurs dermatologistes, qui consiste à faire dès les premiers jours de la médication des applications d'huile de cade pure ou presque pure. Lui aussi emploie l'huile de cade, mais une dose moins forte est suffisante.

Huile de cade.	10 grammes.
Axonge.	50 —

Pour une pommade.

Mais le point important de sa médication consiste à n'employer, au début, que des émollients à l'extérieur avec un traitement interne par la solution arsenicale, et à ne commencer les frictions à l'huile de cade qu'au bout d'une quinzaine de jours de ce traitement préparatoire. De nombreuses expériences comparatives lui ont fait reconnaître la supériorité de cette manière d'agir, et lui ont pleinement dé-

montré que le temps qui semble ainsi perdu au commencement de la médication se trouve rapidement compensé par la marche plus rapide de la guérison.

Herpès circiné, herpès tonsurant et sycosis. — Ces trois maladies de la peau ne sont que trois manifestations de la même affection, la tricophytie ou maladie occasionnée par la présence d'un parasite, le tricophyton. Les aspects différents que revêtent ces trois affections tiennent tout simplement à la différence des terrains sur lesquels elles ont fait élection de domicile.

Sur les parties glabres l'affection disparaît plus facilement, et l'usage de la pommade sulfureuse, de l'onguent mercuriel et surtout de la pommade au turbith minéral

Axonge	30 grammes.
Turbith	1 à 2 —

suffisent pour faire disparaître assez rapidement l'herpès circiné.

Au cuir chevelu le traitement est beaucoup plus long, et la présence du tricophyton dans le follicule pileux exige l'épilation préalable non-seulement de la partie atteinte, mais encore d'une certaine zone autour des points affectés. Il faut ensuite laver avec la solution suivante :

Bichlorure de mercure	1 gramme.
Alcool	150 —
Eau	450 —

Et tous les jours frictions matin et soir avec la pommade au turbith minéral.

Axonge	30 grammes.
Turbith	2 —
Camphre	1 —

Le traitement est très-long et récidive souvent, il faut alors recommencer l'épilation. Lorsque la maladie est guérie, les cheveux repoussent sans aucune altération.

Dans le sycosis le traitement est le même, seulement l'épaisseur des croûtes oblige à employer au début des bains et des cataplasmes émollients pour faciliter l'épilation.

Ces différentes affections sont aidées dans leur guérison par l'usage d'un traitement tonique à l'intérieur. Le sirop d'iodure de fer, l'huile de foie de morue, les viandes grillées, etc.

Ecthyma. — L'ecthyma est toujours une maladie secondaire liée à un état cachectique ou à une affection parasitaire de la peau. L'ecthyma des mains est presque caractéristique de la gale, et sa présence avec cette localisation doit de suite faire rechercher les sillons de l'acare. C'est une affection inflammatoire de la peau qui cède rapidement à l'usage des bains et des cataplasmes émollients. Lorsque la gale est accompagnée d'ecthyma, il ne faut ordonner le traitement parasiticide que lorsque la complication aura disparu par l'emploi de quelques émollients.

Zona. — Il n'y a pas de traitement actif, mais seulement protéger l'épiderme avec de la ouate, de l'huile et la poudre de lycopode pour empêcher les vésicules de se rompre. Si les douleurs névralgiques sont trop vives, il faut pratiquer des injections sous-cutanées de morphine.

Dr A. Cadier.

Maladies dans lesquelles on emploie le colchique (1).

Rhumatisme. — Le colchique était le remède favori de Paracelse contre les affections articulaires. — J. Want publia le premier des observations sur l'efficacité de la teinture alcoolique des bulbes dans les affections rhumatismales. Elle guérit sans inconvénient, et sans provoquer d'évacuations (*Med. and. phys. J.* Lond. 1815). — Haden vante ce remède comme sédatif, hyposthénysant et ralentissant la circulation. Il l'a employé avec succès dans le rhumatisme articulaire aigu. C'est ordinairement la poudre de bulbes mélangée à un sel purgatif et spécialement au sulfate de potasse (0,25 de poudre pour 1,25 de sel divisés en 5 doses prises à six heures d'intervalle). Cette poudre produit souvent un effet purgatif, quelquefois

(1) Suite et fin. Voir tous les numéros à partir du 15 avril.

avec nausées et vomissements; d'autres fois, sécrétion rénale ou cutanée, Haden cite entre autres, un cas de rhumatisme articulaire aigu qui fut guéri en deux jours au moyen du colchique administré ainsi qu'il est dit plus haut. (1820). — Effets prompts et merveilleux du vin de semences sur 35 individus affectés de rhumatismes graves, aigus et chroniques. Chez aucun, le remède ne détermina de symptômes d'irritation de l'estomac ou des intestins (Williams et Haden, *Pract. Obs. on the colch. London* 1820). — Armstrong dit que le colchique est le moyen qui lui a le mieux réussi dans le rhumatisme aigu. Il administre la teinture suivante: Bulbes de colchique recueillies au commencement de l'été, 60,00 digérés pendant 14 jours dans alcool rectifié, 125,00. Dose, 4,00 matin et soir. — Battley l'a également employé avec succès. — Williams a publié de nombreux succès de ce remède dans les rhumatismes aigus ou chroniques. Il le recommande en outre dans les douleurs arthritiques, suite d'une syphilis invétérée. Il fait digérer 60,00 de semences dans vin d'Espagne, 500,00. Dose, 4,0 matin et soir dans une infusion aromatique. Régime sévère pendant son usage. — On trouve dans le *London med. Repository*, cinq observations de guérison radicale de la goutte et du rhumatisme par l'usage répété de 40 gouttes à 6 grammes de vin de colchique. — Bang a obtenu des succès dans le rhumatisme chronique de l'usage de ce remède, mais d'autres ont été moins heureux. — Dès 1823 Copland administrait les fleurs de colchique fraîches, les trouvant plus douces et plus efficaces encore que les semences, dans les cas de rhumatisme. Les fleurs furent ensuite employées par Frost, Bushell sous forme de vinaigre et de teinture; elles guérissent non-seulement la goutte et le rhumatisme aigu, mais le rhumatisme chronique. Bushell ajoute qu'il a observé avec elles le ralentissement des mouvement du cœur. — Ces faits restèrent isolés et ne fixèrent pas l'attention; on continua à se servir exclusivement des préparations du bulbe et des semences. — Locher-Balber compose une teinture avec bulbes récoltées au commencement de septembre, un kilo, infusé pendant 6 à 8 jours dans du vin ordinaire avec addition de 60,00 d'alcool. Il l'a employée heureusement dans le rhumatisme articulaire. Dose, 8 à 12,00 par jour. Ce remède occasionne fréquemment une espèce de choléra et quelquefois une irritation des voies urinaires. (*Ann. de litt. med. de Hecker*, 1824.)

Krichow a guéri, par le vin des semences, des rhumatismes graves, invétérés, qui avaient résisté à beaucoup de moyens. — H. Bart assure qu'il a toujours guéri l'arthritis avec 60 gouttes d'un vin de colchique composé avec bulbes recueillies à la fin d'août un kilo, digérées pendant six jours dans le vin, un litre (*Revue méd.* 1825). — Le docteur Twedie attribue les insuccès du colchique dans la goutte et le rhumatisme à la manière de l'administrer. D'après son expérience, il conseille de donner les semences en poudre à la dose de deux grammes en plusieurs fois dans les vingt-quatre heures mêlée avec un peu de magnésie. (*The London med. and. ch. J.*, t. LXVII.)

W. Gordon s'est très-bien trouvé du colchique dans le rhumatisme chroniqu quand il est caractérisé par raideur et douleur des parties affectées, avec un r au de gonflement et de faiblesse, quand e douleurs augmentent par le froid et l mouvement, avec peu ou pas de fièvre, le intestins étant intacts. Alors teinture vi neuse (vin) 4 à 8,00 trois ou quatre fois par jour. Ce moyen soulage rarement sans provoquer des évacuations alvines abondantes. La vératrine (lisez colchicine) qu'il contient est la partie calmante. L'opium est quelquefois mal à propos uni au colchique (*J. med. of. London*, 1826). — Godard publie plusieurs observations tendant à prouver l'efficacité de la teinture du bulbe et des semences, la 1re à la dose de 25 à 120 gouttes; la 2e de 40 à 50 dans un demi-verre d'eau sucrée avec sirop de guimauve. — J. Cloquet fit des expériences en 1824. Tantôt cette teinture agit comme purgatif parfois énergique, et ensuite comme sédatif et tantôt elle n'agit que sur le système nerveux. Le malade éprouve surtout dans les parties malades

suivant le trajet des cordons nerveux une chaleur douce, quelquefois un fourmillement suivi de propension au mouvement; quelquefois il y a accablement, mélancolie, vertige, trouble dans les facultés intellectuelles. Le plus grand nombre est guéri en peu de jours. Le seul accident très-rare qu'il ait vu, est une légère irritation gastrique qui cesse en suspendant le médicament. (*Archiv. de méd.*, 1826). — Chélius n'a jamais vu d'accidents du vin de semences. Il le prescrit à la dose de 20 à 30 gouttes dans un demi-verre d'eau, matin et soir, qu'on augmente graduellement jusqu'à ce que l'on remarque quelques signes d'irritation de l'estomac. — Kuhn remarque que si quelques-uns n'en ont pas retiré de bons effets, c'est qu'ils n'ont pas traité des douleurs rhumatismales, ou qu'ils se sont servis des bulbes, ou qu'ils ont donné le médicament à trop fortes doses. Le premier effet du colchique est une diminution de la douleur, ensuite un engourdissement qui précède la guérison. Alors on ne doit pas augmenter la dose. On peut ajouter des frictions aromatiques sur les parties souffrantes. — Si une douleur se fixe opiniâtrement sur un point, il ne faut pas insister sur l'administration du colchique, mais appliquer un vésicatoire sur le point douloureux. Le plus souvent l'effet curatif est précédé ou accompagné d'une évacuation par les intestins, les voies urinaires ou les exhalations cutanées. La diurèse est l'évacuation la plus utile. Kuhn fait suivre ces considérations de cinq observations de rhumatisme prise dans la clinique de Lobstein; chez le 1er il y asymptômes toxiques et convalescence très-lente; chez le 2e rechute; les trois autres ont été guéris promptement. Lobstein donne le vin de semences à la dose de 2 à 8,00 dans une potion, ou la teinture de semences à la dose de 30 gouttes (*Thèse de Strasbourg*, 1827). — D'après Roë le colchique convient surtout quand la constitution est vigoureuse, la peau chaude et sèche, le pouls fort et plein, les intestins resserrés et les autres fonctions pareillement normales. Le plus souvent l'amélioration n'arrive que lorsque le colchique a produit une dérivation sensible sur les intestins ou sur les reins. S'il y a de la diarrhée, on doit le combiner avec la poudre de Dower ou quelque préparation opiacée. Comme le rhumatisme est ordinairement accompagné d'une odeur rance qu acide des sécrétions, il y ajoute ordinairement du carbonate de soude et un léger laxatif. S'il y a besoin évident d'évacuation, on préfère le vin de bulbes de colchique. Il est souvent bon de commencer le traitement par une saignée ou un bain tiède (*The London med. gaz.* 1834). — C'est surtout quand plusieurs articulations sont malades à la fois et que les gaînes tendineuses participent à l'inflammation que le vin de racine a paru avantageux à Brodie. Dose, 15 à 30 gouttes, 3 fois par jour. Brodie a donné aussi l'extrait acétique, 0,10 et 0,15 par nuit. Le colchique produit un soulagement très-remarquable dans les cas où la douleur est cruciative et semblable à celle que ferait éprouver la pression d'un étau (*The med. quaterly Rev.* 1834). — Plus le gonflement est considérable, dit Marchésani, mieux le remède réussit. La fièvre, l'embarras gastrique, la soif ne contre-indiquent pas son administration. Quand il a affaibli l'estomac, la décoction de gentiane redonne promptement la force à ce viscère. Il excite les sueurs et les urines (*Observ. méd.* 1834). — Biett et Cazenave ont donné la teinture de semences dans les affections rhumatismales, avec des résultats très-variables, mais toujours sans accident. Le colchique paraît avoir une action spéciale sur la goutte et surtout sur le rhumatisme. Il offre d'autant plus de chances de succès que le rhumatisme est moins ancien, moins fixe, plus douloureux. Il convient tout aussi bien dans le rhumatisme aigu que dans le rhumatisme chronique. Il réussit à merveille pour détruire les accès aigus qui surviennent dans le commencement d'une goutte ou d'un rhumatisme chronique. Dose à l'intérieur, 5 à 10 gouttes 2 à 3 fois par jour (Cazenave, *Rép. gén. des sc. méd.*, 1834). — Un rhumatisme nerveux ou névralgique ayant été précédé de rhumatisme et qui avait résisté aux calmants,

aux antipériodiques, aux émissions sanguines et aux purgatifs, fut guéri merveilleusement par le colchique en déterminant une abondante sécrétion d'urine trouble qui entraîna la cause matérielle spécifique, c'est-à-dire l'acide urique (Salvator de Renzi, *Filiat. Sebezdi. Napoli* 1835). — Le colchique paraît agir par les évacuations qu'il provoque, ainsi que d'une manière spéciale sur le système nerveux. On n'a pas observé à l'Hôtel-Dieu de rhumatisme jugulé dès les premières doses comme en Angleterre. Chomel prescrit la teinture de bulbe, de 15 à 48 gouttes progressivement prises dans une potion qui amène de la diarrhée et des sueurs. La convalescence est prompte. Quelques malades ne peuvent supporter ce médicament (Constant, *Bull. de thér.* 1835). — Chailly ait macérer pendant 4 jours, 1 partie de semences dans 10 parties de vin de Malaga. Dose, 30 grammes trois fois par jour. Il prescrit ce médicament dans les affections rhumatismales aiguës ou chroniques et dans toutes les maladies auxquelles il suppose une origine rhumatismale ou goutteuse. Il en résulte des évacuations abondantes. Un seul malade a eu une syncope pendant la purgation. Dans un cas de rhumatisme articulaire aigu avec douleur très-vive et fièvre intense, grande amélioration après la 3e dose. Chailly, comme Chomel, commence par des émissions sanguines (*Bull. de thér.* 1836). — Dans un cas de rhumatisme du col de la vessie, un mélange de 12,00 de vin de colchique et de 2,00 de teinture d'opium, dont on fit prendre 20 gouttes 3 fois par jour eut un effet éclatant : les douleurs et le ténesme de la vessie disparurent rapidement, il n'y eut pas de diarrhée et au bout de quelques jours le malade était guéri (Eisenmann, *Bull. de thér.* 1838). — Dans toutes les formes de rhumatisme. Hauff n'a eu qu'à se louer du vin de colchique opiacé d'Eisenmann. Il ne produit ni selles, ni sueurs, mais des urines briquetées. (*Med. corresp. Blott. von Stutgard* 1844). Que le rhumatisme soit aigu ou chronique, il prescrit 4 à 16,00 de teinture de bulbes dans les 24 heures, en une, deux, trois ou quatre fois. Quand on est arrivé à une dose assez élevée, on est obligé d'en discontinuer l'usage après 8 ou 10 jours, et dans l'intervalle de le suspendre pendant un ou deux jours. (Monneret, 1844). — Chez les enfants, la potion suivante prise par quart toutes les quatre heures fait porter les humeurs sur les intestins. Prenez carbonate de magnésie 0,25 ; sulfate de magnésie 2,00 ; teinture de colchique 15 gouttes ; eau de menthe 15,00. On applique à l'extérieur des feuilles de chou (Coley, 1849). — L'emploi du colchique a réussi à Cas. Smith dans presque tous les cas de rhumatisme où cette affection suivait une marche régulière. — Contre les rhumatismes invétérés chroniques. Weber ne peut assez recommander les gouttes suivantes : Extrait d'aconit, 1 à 2,00; vin de semences de colchique, 15,00. Trois fois par jour 15 à 40 gouttes (Sobernheim, 1851). — Delasiauve, appuyé sur cinq observations, préconise la teinture à la dose de 15 à 30 gouttes en potion dans le rhumatisme articulaire très-aigu. Il a presque toujours commencé par des saignées copieuses et dans quelques cas il y a associé des applications de chloroforme. Il assure que par ce traitement la violence et la durée de la maladie sont beaucoup diminuées. La teinture, quoique fort efficace à cette dose, ne produit ni coliques ni déjections alvines, mais seulement un ralentissement marqué des battements du cœur (*Arch. de méd.* 1851). — H. Williams s'étonne que le colchique ne soit pas plus employé dans le rhumatisme chronique. Il s'appuie sur 35 faits où les douleurs ont été enlevées avec une merveilleuse rapidité. Le calme et le sommeil reviennent et les mouvements des membres se rétablissent promptement. Il donne le vin de semences, 2 ou 3 cuillerées à café par jour dans une infusion aromatique (*Rev. de thér.* 1852). — Le fait cité par Bougard, de Belgique, confirme l'opinion de Williams. Une pleurodynie datant de sept semaines et très-douloureuse par moments fut guérie en 24 heures en prenant 15 gouttes de teinture de semences en trois doses à une heure d'intervalle le soir et une quatrième dose le lendemain matin (*Rev. de thér.*,

1852). — Maclagan trouve que la poudre de bulbe est un remède très-incertain et il préfère la teinture ou l'extrait acétique. Il paraît, dit-il, que la puissance curative du colchique ne se manifeste que lorsqu'apparaissent ses effets physiologiques. Lorsque l'irritation du tube digestif est très-marquée, la maladie cède quelquefois avec la plus grande rapidité. Il cite l'opinion de Watson qui assure que les préparations de colchique, précédées ou non de la saignée, ont quelquefois des effets merveilleux dans le traitement de cette maladie; mais si le rhumatisme articulaire ne disparait pas complétement, lorsqu'il survient des symptômes d'irritation gastro-intestinale, le plus sûr est de renoncer au colchique. Dans 17 cas qu'il a recueillis, Maclagan, comme Monneret l'avait déjà observé, a toujours vu le colchique causer le plus souvent de la diarrhée seule et quelquefois avec nausées, ou des vomissements ou des coliques, trois fois de la sueur. La guérison survient dans une moyenne de onze jours. Il a également remarqué qu'il agit toujours sur l'urine en augmentant les proportions d'urée et d'acide urique. Bien que le colchique ait été employé dans toutes les formes de rhumatisme, il le croit plus spécialement utile dans le rhumatisme articulaire erratique. Il croit que ce remède peut, dans ces cas, empêcher le rhumatisme de se porter sur le cœur ou les autres organes intérieurs. Suivant Watson, ajoute Maclagan, il réussit mieux dans les cas où il y a des symptômes dominantes de synovite ou des symptômes d'inflammation du tissu fibreux, c'est-à-dire dans le cas où le rhumatisme tend à prendre un caractère goutteux (1852). — Une infusion de 2,00 de semences prise en huit ou dix heures, détermine souvent une sueur abondante. En même temps la sensibilité de la peau diminue, et les douleurs dont elle était le siége deviennent moins intenses. De là ses bons résultats contre les affections rhumatismales (Albers, *Deutsche Klinik*, 1856). — Noël Guéneau de Mussy, dans une leçon à l'Hôtel-Dieu, après avoir dit pourquoi dans le rhumatisme articulaire aigu il rejette comme méthode générale les saignées, le sulfate de quinine et les opiacés, conseille les topiques narcotiques, les boissons diaphorétiques et une potion contenant d'abord 20 gouttes de teinture de colchique et en augmentant progressivement sans aller en général au-delà de 30 gouttes. Sous l'influence de cette potion le pouls baisse rapidement; la chaleur de la peau diminue, les sécrétions augmentent et jamais les accidents cérébreux ne surviennent. (*Rev. de thér.* 1859).

Joyeuse traite les rhumatismes avec le saccharure de colchique comme la goutte. Le rhumatisme articulaire aigu disparaît dans l'espace de quinze à vingt jours; dans le rhumatisme subaigu, sans obtenir un résultat aussi satisfaisant, il a constaté une grande amélioration. Dans la plupart des cas, il fait prendre au malade comme adjuvant, une infusion de tilleul nitrée (2 grammes par litre). (*Gaz. de Strasb.*, 1860.)

Hirtz a beaucoup employé l'extrait alcoolique de semences (procédé Hepp) dans les rhumatismes articulaires aigus de moyenne intensité et dans les rhumatismes subaigus ou apyrétiques, à la dose de 1 à 12 centigrammes; il est dangereux de dépasser cette dose. Il a donné le premier jour jusqu'à huit et même douze pilules de 1 centigramme ou deux pilules de cinq centigrammes chacune. Les pilules de 1 centigramme se donnent de dix en dix minutes; celles de 5 centigrammes une le matin, une le soir. A 8 et 10 centigrammes par jour, il y a des effets diarrhéiques constants sans coliques, sans malaise. Dans tous les cas de rhumatisme, sans exception, il a vu un amendement très-marqué, quelquefois du jour au lendemain; d'autres fois, après trois ou quatre jours de l'administration du médicament, des douleurs et des gonflements articulaires. Dans un seul cas, il a vu la douleur articulaire résister à l'effet du médicament jusqu'à cinq jours. La guérison survenait ensuite. Un malade entré à l'hôpital avec des douleurs articulaires généralisées avec rougeur et gonflement, avec réaction fébrile et température de

38° 6, a été guéri en huit jours, deux autres malades après trois ou quatre jours. Dans un cas aigu de moyenne intensité, les ouleurs articulaires très-vives et occupant s deux extrémités inférieures dans toutes les articulations ont été promptement modifiées; après deux jours de traitement, le malade pouvait se remuer dans son lit et se coucher à son aise, la rougeur avait disparu, l'épanchement avait diminué. (*Gaz. de Strabourg*, 1870.)

Pour détourner les praticiens de l'envie d'employer de fortes doses et leur montrer que l'action curative du colchique ne réside pas dans ses effets pertubateurs sur les fonctions digestives, le fait suivant porte avec lui son enseignement :

Bennewitz prescrivit à un homme de 40 ans affecté, d'un rhumatisme chronique, l'usage du vin de semences de colchique, à la dose de 20 gouttes de deux heures en deux heures. Il confia au malade un flacon de 16 grammes. Le malade n'apercevant aucun effet s'avisa le soir de tout avaler d'un coup, environ 12 grammes. Il se coucha et s'endormit. Vers 2 heures, réveil en sursaut, évacuation alvine abondante, mais sans douleur. Nouvelle selle vers le matin. Puis oppression, anxiété précordiale, vomissements d'un liquide jaune-verdâtre. Ceux-ci deviennent continus et ne permettent pas d'avaler la plus petite dose de liquide sans le rejeter immédiatement. Ils se prolongent vingt-quatre heures. La soif était très-vive. Alors abattement considérable, la face se grippe, les yeux sont cernés; le pouls est petit, tendu. La sécrétion urinaire diminue. Le malade était calme avec toutes ses facultés. Le lendemain, vers minuit, le malade s'endormit paisiblement et se réveilla n'ayant plus qu'une faiblesse excessive.

Le rhumatisme ne se ressentit nullement de cette action violente du colchique et continua sa marche.

Rhumatisme chronique. Voici une formule habituellement prescrite d'après Jos. Frank, dans le nord de l'Europe contre le rhumatisme articulaire chronique : teinture de semences de colchique, 15 grammes; extrait d'aconit, 2 grammes; teinture d'opium, 4 grammes. Dose, 15 à 20 gouttes en 3 à 4 fois.

A l'extérieur le colchique peut rendre encore de grands services dans le rhumatisme. Gumpert accorde beaucoup d'efficacité à la teinture de semences en frictions dans le rhumatisme comme dans la goutte. Il a vu un malade au lit depuis 5 à 6 semaines délivré au bout de 5 jours de ses douleurs (*J. d'Hufeland*, 1826).—Cazenave l'a également signalé comme efficace dans le rhumatisme articulaire (1834). — La teinture en frictions, dit Layrock (*J. d'Edimbourg*, 1839), fait passer les douleurs rhumatismales neuf fois sur dix et le soulagement arrive au plus tard une demi-heure après la friction. Les douleurs qui résistent sont celles qui sont très-anciennes et chez des personnes âgées.

Scarlatine. — Tait (*The Lancet* T. 1) et Lewins Junior (*Edinb. journ.* T. 56) ont vanté le colchique dans les formes graves de la scarlatine.

Sciatique. — Roux de Brignolles cite deux succès en donnant de 15 à 30,00 de vin de colchique deux fois par jour, matin et soir. Il faut que le vin soit récemment préparé. (*Bull, de thérap.*, 1845.)

Sclérotite. — Quand on suppose raisonnablement que le rhumatisme a une part dans la production de la maladie ou dans les récidives, on fera bien d'employer la teinture de colchique.

Scrophules et rachitis — La teinture et le vin ont été proposés en Suisse et en Angleterre.

Syphilis. — Carmichael donne le colchique à la dose de 8,00 sur 250 de véhicule. Une cuillerée à bouche trois fois par jour, dans la syphilis invétérée et avec la salsepareille. — Graves de Dublin regarde le vin de semences seul ou uni aux narcotiques comme un des moyens les plus efficaces après le mercure contre la *périostite syphilitique*. On le donne après les évacuations sanguines (1833) — Il est encore plus naturel d'admettre que ce vin guérit très-bien le *rhumatisme syphilitique*.

1852). — Maclagan trouve que la poudre de bulbe est un remède très-incertain et il préfère la teinture ou l'extrait acétique. Il paraît, dit-il, que la puissance curative du colchique ne se manifeste que lorsqu'apparaissent ses effets physiologiques. Lorsque l'irritation du tube digestif est très-marquée, la maladie cède quelquefois avec la plus grande rapidité. Il cite l'opinion de Watson qui assure que les préparations de colchique, précédées ou non de la saignée, ont quelquefois des effets merveilleux dans le traitement de cette maladie ; mais si le rhumatisme articulaire ne disparait pas complétement, lorsqu'il survient des symptômes d'irritation gastro-intestinale, le plus sûr est de renoncer au colchique. Dans 17 cas qu'il a recueillis, Maclagan, comme Monneret l'avait déjà observé, a toujours vu le colchique causer le plus souvent de la diarrhée seule et quelquefois avec nausées, ou des vomissements ou des coliques, tro[illegible] fois de la sueur. La guérison survi[illegible] dans une moyenne de onze jours. [illegible] également remarqué qu'il agit to[illegible] sur l'urine en augmentant les pro[illegible] d'urée et d'acide urique. Bien q[illegible] chique ait été employé dans [illegible] formes de rhumatisme, il [illegible] spécialement utile dans l[illegible] articulaire erratique. Il c[illegible] mède peut, dans ces cas, [illegible] matisme de se porter [illegible] autres organes intérie[illegible] ajoute Maclagan, i[illegible] les cas où il y a [illegible] nantes de syno[illegible] d'inflammation [illegible] dire dans le c[illegible] prendre un [illegible] Une infusi[illegible] en huit o[illegible] une sue[illegible] sensib[illegible] leurs [illegible] mo[illegible] c[illegible] [illegible] ait [illegible] remar- [illegible] ce et de la [illegible] voussure était [illegible] offrait un mouve- [illegible] en rapport avec la res- [illegible] était courte et fortement [illegible] avait un tirage très-accentué [illegible] des jugulaires. L'auscul- [illegible] de la partie antérieure de la poitrine [illegible] laissa rien percevoir : ni murmure [illegible], ni bruit du cœur. A la partie [illegible] du thorax, on n'entendait que [illegible] retentissement de la respiration sifflante [illegible] quelques râles sibilants.

S'il faut en croire les parents, cet état aurait été la suite d'une chute sur la poitrine survenue deux mois auparavant, et

rejette comme méthode générale [illegible] gnées, le sulfate de quinine et le [illegible] conseille les topiques narco[illegible] boissons dipahorétiques et [illegible] contenant d'abord 20 gou[illegible] de colchique et en augme[illegible] ment sans aller en [illegible] 30 gouttes. Sous l'i[illegible] tion le pouls baiss[illegible] leur de la peau [illegible] augmentent et [illegible] breux ne su[illegible] 1859).

Joyeuse [illegible] saccharu[illegible] Le rhur[illegible] dans [illegible] dans [illegible] nir [illegible] c[illegible]

[illegible] coup sur le [illegible] ce traitement [illegible] une amélioration n'é- [illegible], et l'état du malade [illegible] toujours, M. Giraud me fit appe- [illegible] en consultation.

A mon avis, le petit malade était mourant, il n'en avait que pour quelques heures. Ne sachant quel traitement médical employer, je résolus d'intervenir chirurgicalement. je fis part de ma résolution aux parents, en les prévenant que je regardais cet intervention désespérée, et qu'il pourrait même se faire qu'une syncope emportât le malade pendant l'opération. Néanmoins, ils consentirnet à me laisser agir. J'envoyai donc chercher la seringue aspiratoire de M. Dieulafoy, et, avec l'aide de M. Giraud fils, je pratiquai la ponction au point ou la tumeur était le plus saillante et fluctuante. J'enlevai ainsi, au moyen d'un vide préalable, deux seringuées d'un liquide parfaitement transparent, mais d'une couleur citrine prononcée.

ne j'eus enlevé la canule, la petite
béante, et il sortit même un jet
liquide par l'ouverture. Cela
la paroi antérieure de la
ès-amincie par les appli-
vésicatoires. Très-con-
t, je me hâtai d'appli-
erture, et j'eus assez
c un morceau de
de Malte, parce
it à revenir de
et s'agitait
ouvement,
ure.
com-
de

ration
peu, l'appé-
egularisa. Mais,
à noter, c'est que la
le trois-quarts ne se ferma
la sérosité péricardique conti-
couler avec abondance et même par
jet, à chaque pansement, qui était fait deux fois par vingt-quatre heures. Au bout de quelques jours la sérosité devint plus louche, plus épaisse et enfin entièrement purulente ; elle continua de couler avec abondance pendant cinq mois. Cependant le malade se levait, marchait, avait repris de l'appétit. Vers cette époque, un abcès se forma au niveau de la cinquième côte et fut ouvert par M. Giraud. Il ne laissa s'écouler que du pus de bonne nature. Cet abcès se cicatrisa et, peu à peu la fistule péricardique ne laissa échapper qu'un pus de moins en moins abondant, jusqu'au sixième mois après l'opération, époque à laquelle elle se ferma définitivement.

Depuis cette époque, l'enfant n'a cessé de se bien porter, et il est maintenant, ainsi que l'on peut le voir, dans un état florissant de santé.

J'attire l'attention de mes confrères sur la rareté des faits de cette nature, et surtout sur l'existence de la fistule persistant près de six mois après l'opération.

Enfin je prie mes collègues de vouloir bien constater l'état actuel du cœur, qui me paraît absolument sain et ne laisse rien percevoir à l'auscultation.

(*Marseille médical.*)

Luxation du pénis. — Un homme de 57 ans, tombé de sa voiture, avait été lancé par le cheval contre un arbre. Dans la chute qu'il fit, la roue de derrière vint à passer au-devant du bas-ventre. La région de la symphyse, les bourses et la verge sont fortement tuméfiées et déformées. On a de la peine à reconnaître le d. Il est réduit à l'état de bouillie sanlente; la verge est flasque et pen- semble complétement écrasée. nde introduite dans le canal ne passe pas la symphyse. Le lendemain on trouve le scrotum distendu par de l'urine. L'auteur pratique l'opération de la boutonnière, mais ne trouve pas le canal; le doigt introduit dans la plaie tombe dans une vaste cavité, qui s'étend en haut jusqu'à la symphyse et à gauche jusqu'à la région inguinale. L'urine semble provenir de ce dernier point; les jours suivants la miction s'opère environ toutes les douze heures; l'urine est claire, inodore. Vers le douzième jour, un abcès se développe au niveau de l'épine iliaque antérieure. On l'incise et, chose curieuse, on voit l'urine jaillir de cette ouverture plus abondamment que du côté de la plaie périnéale.

Le dix-huitième jour on fit une nouvelle exploration. Un cathéter introduit dans la plaie inguinale vint butter contre la racine de la verge. L'auteur fendit les téguments qui recouvraient la sonde et découvrit au fond de la plaie le pénis intact, fortement adhérent au tissu celullo-graisseux qui recouvre les muscles abdominaux. Le gland, dirigé vers l'épine iliaque, s'était séparé du feuillet préputial au niveau de la couronne. La verge entière

avait abandonné son fourreau. Le canal, du reste, n'était pas altéré dans sa structure, mais la sonde n'arrivait pas à franchir la symphyse.

Le malade ayant refusé de se soumettre à une opération autoplastique, on se borna, pour mieux isoler la verge, à enlever dans une certaine étendue la peau et la graisse qui l'entouraient. M... vit le malade un an après : la verge avait contracté des adhérences avec la peau de l'abdomen jusque près du gland; celui-ci était mobile dans tous les sens; la miction s'exécutait facilement dans toutes les attitudes. Des érections, non douloureuses, avaient lieu de temps en temps.

Ce cas est celui de Nélaton, où il s'agit d'une luxation du pénis dans le scrotum, constituent les deux seuls faits de ce genre consignés dans les annales de la science. (*Gazette méd. de Strasbourg.*)

Traitement de la coqueluche. — M. Wild dit qu'en huit jours il guérit toute coqueluche au moyen du traitement suivant :

L'enfant ne doit pas quitter la chambre, et à chaque quinte de toux, on doit placer devant sa bouche un morceau d'étoffe plié à plusieurs doubles et imbibé d'une cuillerée à thé du mélange qui suit :

Ether.	60	parties.
Chloroforme.	30	—
Térébenthine.	1	—

Le docteur Lesser recommande les inhalations de vapeurs de pétrole obtenues à la température ordinaire. Il place à cet effet du pétrole dans la chambre du petit malade, où il fait pratiquer soir et matin sur la poitrine et sur le dos de l'enfant une onction avec une demi-cuillerée ou une cuillerée à café d'huile de pétrole.

Les enfants soumis à ce traitement n'ont ni les vomissements, ni les ecchymoses, ni les autres accidents qu'entraîne la violence des quintes dans la période convulsive. Dans les cas invétérés, ce traitement s'est montré inefficace. (*Allg. med. Centralz*, 1873, et *Rivista clin. di Bologna*, février et mars 1875.)

Le docteur Thomas D. Davis a expérimenté l'extrait de châtaignier (*castanea vesca*) contre la coqueluche dans l'asile des enfants à Philadelphie.

Quinze enfants atteints de coqueluche furent soumis à ce traitement : ils avaient de 4 à 7 ans, et ils étaient arrivés à la période d'acmé du mal quand ils prirent l'extrait mou de châtaignier.

Avant d'user de ce médicament, les quinze petits malades étaient soumis à la belladone; ils avaient alors de dix à seize accès dans les vingt-quatre heures. On suspendit la belladone, et le nombre des quintes s'éleva au bout de deux jours à douze ou vingt-sept par vingt-quatre heures. C'est dans ces conditions qu'on administra l'extrait de *castanea vesca*. Au troisième jour du traitement, les quintes tombèrent à 0 — 9 par jour, et le cinquième jour, des quinze enfants, dix n'avaient plus d'accès, trois n'en avaient que deux et deux n'en présentaient plus qu'un dans les vingt-quatre heures.

Le médicament eut un effet surprenant sur la toux qui perdit ses caractères convulsif et quinteux, quoiqu'elle continuât.

L'extrait de châtaignier est préparé avec les feuilles; celles-ci doivent être cueillies de juillet à la fin d'octobre. Plus elles sont cueillies tard, plus elles sont actives. Cet extrait se donne à la dose d'une demi à une cuillerée à café toutes les trois ou quatre heures pour un enfant de six ans. (*Rivista clin. di Bologna, et Lyon médical.*)

Avortement provoqué; mort; arsenic dans la matrice, par le Dr C. Edling (*Hygica*, février 1873). — Le 9 novembre 1871, la fille C. A..., qui avait eu déjà précédemment un enfant, mourut dans sa seconde grossesse, soupçonnée de s'être fait avorter. Un homme qui « s'entendait à aider aux femmes », avait remis à la fille C. A..., au dire de la sœur de celle-ci, un tube qu'elle devait s'introduire dans le ventre aussi haut que possible, puis s'insuffler ou s'injecter par son moyen une substance blanche et grumeleuse, que la sœur de la défunte désignait comme du mercure (non populaire de l'arsenic en Suède). Le soir du jour même, des grains blancs sortirent par le vagin. C. A... arriva gravement malade

chez ses parents, se plaignant de douleurs à la tête et à la poitrine, et mourut en pleine connaissance, sans secours médicaux, mais après qu'on lui ent appliqué des cataplasmes sur le bas-ventre, un emplâtre stomachique, et administré du sel amer et un lavement huileux. Le cadavre fut exhumé au bout de 15 jours et soumis à une expertise médico-légale. L'utérus était long de 3 pouces et large de 2 au fond; il contenait une mucosité sanguinolente et une masse charnue de la taille d'une noix adhérant fortement à la paroi postérieure. On trouva de l'arsenic dans la matrice, mais point dans l'estomac; mais on ne put conclure avec certitude jusqu'à quel point le poison avait causé l'avortement et la mort, ne connaissant sûrement ni la manière en laquelle le crime avait été causé, ni les symptômes présentés avant la mort. Parmi les particularités de cette autopsie, signalons spécialement la persistance de la rigidité cadavérique 15 jours après l'inhumation.

De la flexion prolongée comme moyen d'arrêter les hémorrhagies artérielles, par le Dr von Adelmann, de Berlin (*Deutsche Klinik*, 1874, n° 6). — L'auteur a communiqué le 9 janvier 1874 à la Société médicale de Berlin, de nouvelles recherches sur ce moyen qu'il a utilisé depuis des années, prenant pour point de départ qu'on a guéri des anévrysmes en Angleterre et en Irlande, puis sur le continent, par la flexion des extrémités. Ses premiers essais sur des artères blessées, eurent lieu à la clinique chirurgicale de Dorpat et furent publiés en 1869 dans l'*Archiv. fuer klinische chirurgie*. Jusqu'à présent, il peut utiliser 19 observations, dont 11 lui sont propres, mais l'auteur n'y joint pas les cas dans lesquels on a pratiqué en même temps la compression des artères. Sauf dans un cas, où le blessé ne put supporter la flexion, ce procédé fut toujours suivi de guérison. La durée de la flexion a varié, et a même atteint 18 jours dans un cas. Il est avantageux, quand on change le pansement, de modifier de 1 ou 2 degrés l'angle donné à l'extrémité. Sous l'emploi de cette méthode thérapeutique, les doigts enflent, la main a des fourmillements, la température s'abaisse. Des essais faits par le Dr des Adelmann sur quelques-uns de ses auditeurs et collègues, il résulte que pendant la durée de la flexion de l'extrémité, les pulsations de l'artère brachiale et de la radiale cessent de se produire.

Un cas d'intoxication par le café, par le Dr. H. Curchmann, à Berlin (*Deutsche Klinik*, 1873, n° 41.) — Désespérée d'une nouvelle grossesse que lui faisait admettre la non-apparition de son époque, la femme d'un tailleur âgée de 27 ans, but en une fois, afin de se faire avorter, une infusion de 250 grammes de café, faiblement torréfié dans 500 grammes d'eau bouillante. Notre confrère la trouva assise sur un canapé, le visage pâle et exprimant l'angoisse, elle se plaignait de manquer d'air, se cramponnait aux meubles dans son angoisse et implorait du secours, se traînait d'une place à l'autre, cherchait en vain à se lever et présentait, surtout dans les mains, de violents tremblements et des secousses choréiformes : bien qu'elle reconnût les siens, elle n'avait pas le sensorium complétement libre; son front était froid, la respiration était pénible, courte et rapide (de 24 à 30), le pouls, fréquent, tendu et dur (112 à la minute); selles liquides, accompagnées de ténesmes, ainsi que miction, la quantité de l'urine était considérablement augmentée, et son poids spécifique était descendu à 1014. Ces derniers phénomènes ne durèrent que 24 heures; le pouls continua à présenter un peu de régularité. Les règles tardées se montrèrent le lendemain et durèrent 3 jours comme de coutume.

Les résulats du traitement par l'eau froide (c'est-à-dire tempérée) **dans la pneumonie fibrineuse aiguë à l'hopital de Bâle** par M. Fismer. (*Deutches Archiv. fuer Klinische Medizin*, t. XI, livr. 4 et 5). — L'auteur compare 230 cas de pneumonie traités de 1867 à 1871 à l'hôpital de Bâle par les bains froids, avec un même nombre de cas traités pendant les années

auparavant sans bains. La mortalité de ceux-ci, de 1839 à 1866, avait été de 25, 2 p. 0[0, celle de ceux-là, de 1867 à 1871 ne fut plus que de 16,5; et pourtant les cas traités par les bains tempérés furent, somme toute, plus graves. Le chiffre élevé de la mortalité malgré ce traitement tient à la gravité de cette maladie à Bâle. En revanche le traitement ne fut pas raccourci par les bains, puisque la moyenne fut de 28,1 jours, tandis que sans bains elle n'avait été que de 25,7, ce qui tient également à la plus grande gravité des derniers traités. Les seuls symptômes et complications qui se trouvent influencés favorablement par la balnéation sont ceux qui sont en rapport avec la fièvre, spécialement le délire, qui se présente dans 21 cas, 7 p. 0[0 des cas traités par les bains, et dans 20 des autres cas.

Érysipèle; traitement, par le goudron. — C'est la théorie des germes septiques appliquée à l'érysipèle, qui a conduit à employer le goudron dans le traitement de cette maladie, étant données les propriétés antiseptiques de ce médicament, On couvre tout simplement de goudron la partie érysipélateuse dans toute son étendue, et les résultats sont si satisfaisants, que cette pratique est courante à l'hôpital de Bellevue. Nous ferons remarquer que c'est la même théorie qui a fait employer les applications d'essence de térébenthine chaude, recommandées contre l'érypèle par l'ancienne école de Strabourg, et dont nous avons souvent constaté les heureux effets.

(*Echo de la Presse étrangère*).

Jus de citron contre le gonflement des amygdales. — A la consultation de l'hôpital, comme en ville, viennent nombre de parents pour faire couper à leurs enfants des amygdales volumineuses, et qui ne présentent qu'un état d'inflammation subaiguë, lequel passé, les choses rentrent à peu près en ordre. M. de Saint-Germain conseille de laver la bouche et de faire gargariser ces enfants avec moitié jus de citron et eau, et cela fréquemment pendant huit ou quinze jours. Le volume des amygdales diminue et on ne songe plus à les faire couper; si elles ont subi un degré d'hypertrophie réelle, elles diminuent peu et l'opération est indiquée, on peut la faire sans retard. (*Journal de médecine et de chir. prat.*)

De l'action thérapeutique du soufre, par M. Ch. Roberts (*St-Georges Hospital Reports*, 1873, p. 179). — L'auteur prouve par des expériences que le soufre chimiquement pur ne détruit pas les parasites animaux ou végétaux et n'empêche pas la production des moisissures, tandis que le soufre de commerce a cette propriété, grâce à son mélange d'acide sulfureux, lequel donne aussi à d'autres substances pulvérulentes qui en sont imprégnées, la propriété de guérir les rosiers de la rouille. Bien que cette application ne soit pas nouvelle, il n'en est pas moins intéressant de la voir contrôlée d'une manière expérimentale.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, avec figures dans le texte. — Directeur, A. Dechambre, membre de l'Académie de médecine (1).

Le dix-huitième siècle a inauguré l'ère des grands dictionnaires de médecine. Il y a une centaine d'années paraissait le Dictionnaire de médecine dit de 1773. Le commencement du dix-neuvième siècle a vu paraître le grand Dictionnaire de médecine en 60 volumes, véritable encyclopédie des connaissances médicales de l'époque. Malheureusement au moment où il s'achevait, les vieux dogmes finissaient, de sorte que ce dictionnaire, au lieu d'être la science du jour, n'était plus que l'histoire de la science de la veille. C'était le temps où un professeur de la Faculté de médecine

(1) Prix du demi-volume, 6 fr. A Paris, chez P. Asselin, place de l'Ecole-de-Médecine.

de Paris, disait en plein clinique que tout ce qu'il fallait garder de la médecine antérieure à la sienne, tiendrait en deux pages; c'était aussi le temps où Lisfranc, le bruyant chirurgien de la Pitié, disait à sa clinique : surtout, Messieurs, ne bouquinez pas.

On tenta de remplacer le dictionnaire mort-né par d'autres œuvres du même genre sous divers noms; mais aucun n'eut aussi longue haleine; car celui qui en approcha le plus n'eut que trente volumes.

Le dernier tiers de ce siècle est destiné à voir s'ériger sous le nom de *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, un monument qui laissera bien loin derrière lui celui que les vingt premières années du même siècle avaient vu naître.

Dix ans se sont écoulés depuis qu'a paru le premier volume de ce Dictionnaire. Il est difficile d'apprécier à quel point il en est arrivé, si c'est au tiers ou à la moitié. Nous croyons que s'il n'en est pas encore arrivé à cette dernière, ce qui reste à faire se fera beaucoup plus vite que ce qui a été fait jusqu'à ce jour. L'ingénieux partage de la publication en trois séries, qui paraissent simultanément, permet de faire travailler trois fois plus de collaborateurs à la fois et d'avancer trois fois plus vite, de sorte que l'ouvrage pourra s'achever dans un temps plus court que celui qu'il a mis à arriver où il en est.

La première série se compose de seize tomes et finit au mot Choléra.

La seconde série, commencée en 1868, à la lettre L, c'est-à-dire vers le milieu de l'alphabet, comprend huit tomes et demi et en est arrivée à l'article Morbidité.

La troisième série, commencée en 1873, à la lettre Q, ne compte encore que deux tomes et finit au mot Redoul.

Cela fait en tout vingt-cinq à vingt-six tomes déjà publiés. Chaque tome paraît en deux volumes, chacun de 400 pages environ. Chaque page renferme 49 lignes, chaque ligne 65 ou 66 lettres. On peut, sur ces détails, se faire une idée de l'énorme quantité de matières qu'il renferme. Il échappe ainsi au principal reproche que l'on a jusqu'ici adressé aux dictionnaires, celui de n'être que des abrégés. Les articles de ce Dictionnaire sont de vraies monographies. Citons pour exemple l'article sur les quarantaines.

Il occupe 168 de ces pages formidables dont chacune équivaut à deux pages des anciens formats. Imprimé dans celui des anciens ouvrages de médecine, il ferait un volume ordinaire de près de 400 pages et passerait à juste titre pour une monographie étendue; ainsi des articles sur le quinquina et la quinine, sur la rage, sur la rate, sur le rectum qui ont près de 200 pages chacun et formeraient des volumes respectables dans une bibliothèque.

Ce qu'il a fallu de recherches, de lecture pour la rédaction de semblables monographies est incalculable. Les auteurs n'ont heureusement pas suivi le conseil de Lisfranc, ne bouquinez pas; rien sans cela ne se pourrait faire, ils ont seulement épargné cette rude besogne à leurs lecteurs Le *Dictionnaire encyclopédique* est tout une bibliothèque qui seule suffirait à l'exercice le plus complet de la médecine.

Il a été déjà fait dans ce Journal plusieurs comptes rendus du *Dictionnaire encyclopédique*. Ce qui en a paru depuis justifie et au-delà les justes éloges qui lui ont été donnés. Nous nous bornerons à en citer quelques articles sur divers sujets. Nous signalerons d'abord celui qui porte le titre de Biologie et qui est dû à la plume de M. Robin. L'invention de ce mot Biologie a été faite en 1802 par Treviranus et Lamarck simultanément. Malgré la réputation de ses créateurs il est resté à l'état de larve jusqu'en 1838, époque où Auguste Comte, l'en a fait sortir sous la forme d'un papillon dans son cours de philosophie positive. La fondation de la Société de biologie en 1848 a définitivement fait entrer ce mot dans le domaine de la science. Signalons aussi les articles Blennorrhagie par M. Rollet, Blessures, en général, par M. Legouest, en médecine légale, par M. Tourdes. Un article intéressant dans le dixième volume, c'est celui des Bois ou produits d'origine végétale, quelquefois de nature non ligneuse désignés sous ce nom et qu'il est indispensable de

connaître pour la lecture des ouvrages de médecine et de thérapeutique. La liste qu'en donne M. Baillon comprend 208 noms, et elle est des plus curieuses et des plus instructives.

On voit, dans un article complémentaire de M. Gobley, que le nom de *bois de citron* s'applique à plusieurs bois de couleur jaune et d'odeur analogue à celle du citron, mais ne venant jamais du citronnier qui est blanc et incolore. On ne connaît pas toujours l'origine de ces bois. Ainsi du mot *bois de rose* qui s'applique à plusieurs plantes dont aucune n'est un rosier.

M. Coulier, auteur de l'article sur le bouillon, adopte l'opinion de M. Malaguti, savoir que ni le bouillon, ni la viande qui a supporté pendant longtemps la température de l'eau bouillante, ne représentent, tant s'en faut, la chair musculaire primitive et partant ses propriétés. Lorsque la viande a été transformée en bouilli, sa musculine n'est plus qu'un produit d'altération qui, par cela même, a perdu une grande partie de ses propriétés nutritives (Malaguti. Leçons de *Chimie élémentaire*, 2e édition ; t. II, p. 758). Suivant MM. Robin et Verdeil (*Chim. anat.* t. III, p. 263. Paris 1855), la fibre musculaire bouillie n'est plus qu'un produit d'altération de la viande, plus ou moins voisin de la gélatine. « En résumé, dit M. Coulier, il paraît très-probable que la cuisson exagérée de la viande dans l'eau diminue considérablement son pouvoir nutritif, même en comprenant dans l'évaluation de celui-ci les propriétés alibiles du bouillon. Ce mode de préparation n'a d'autre avantage que de fournir pour une seule denrée deux plats, dont l'un est mauvais et l'autre incessamment falsifié. Il n'est nullement économique, sinon en apparence, bien qu'il soit généralement employé là où la question d'économie vient en première ligne. » Si l'on veut continuer à fournir du bouillon indistictement à tous les malades (dans les hôpitaux), on arrivera probablement à un meilleur résultat et divisant la viande en deux parts. La première sera hachée et épuisée; la seconde, cuite à l'étuvée avec des légumes, ou rôtie, sera distribuée à la place du bouilli; mais il vaudrait encore mieux rôtir ou étuver la totalité de la viande et ne préparer le bouillon que pour les grands malades. »

M. Coulier reconnaît pourtant que le bouillon est une boisson alimentaire de premier ordre indispensable dans le traitement des maladies et dont on peut, dit-il, le cas échéant, tirer un excellent parti. « Rien dans tout ce que nous connaissons des choses alimentaires, dit Proust, ne saurait remplacer ce précieux jus de la viande rouge ».

Les Anglais qui n'ont pas admis le pot-au-feu dans leur régime alimentaire, ont été obligés d'inventer un bouillon pour leurs malades. C'est le thé de bœuf, *beef-tea*, préparation analogue à notre bouillon sauf que le mélange composé de parties égales de viande musculaire hachée et d'eau, est porté à l'ébullition, puis passé. Il a l'aspect d'un bouillon très-concentré; mais il est probablement moins nutritif. Il est réglementaire dans les hôpitaux anglais.

Ce qui donne à notre bouillon une valeur toute particulière, dit M. Coulier, c'est qu'il ne nécessite point une véritable digestion. Il constitue la meilleure des tisanes; cette tisane est indiquée dès que la fièvre tombe. Depuis que l'auteur a écrit ces lignes nous avons passé par les misères du siége de Paris et l'on n'attendait pas dans les ambulances que la fièvre fût tombée pour donner le bouillon d'alors qui était du bouillon de cheval, et n'en était pas moins une ressource précieuse.

Nous ignorons si, conséquent avec ses principes, l'auteur de l'article a proscrit le bouillon de sa table, mais il arrivera difficilement à faire croire aux gens bien portants que le bouillon n'est fait que pour les malades. Demandez-le plutôt à ces convives appelés autour d'une table splendide. Quel désappointement si l'hôte venait leur annoncer que l'on va passer immédiatement au saumon ou au turbot. Il est vrai que l'on a cru tourner la difficulté en buvant le bouillon et en supprimant le bouilli. Il en est résulté que les restaurateurs on inventé le bouillon fait sans bœuf.

Quant au pot-au-feu des ménages, on fera difficilement croire aux populations qu'il n'est économique qu'en apparence. Que la partie nutritive de la viande soit répartie en deux plats, la soupe et la bouilli, ou qu'elle soit utilisée en un seul, rôtie ou étuvée, c'est *unum et idem* pour la théorie; mais non pas pour la pratique. Les gens à qui vous offrirez le rôti ou l'étuvée seront ravis, sans doute, mais à condition d'avoir mangé la soupe auparavant, et comme il vous faut du beurre pour faire votre soupe, où sera l'économie? Si vous supprimez la soupe il leur faudra double ration de viande, et où sera encore l'économie? Les Anglais ne se passent de soupe que parce qu'ils mangent beaucoup de viande et de légumes et parce qu'ils sont moins délicats que nous en ce qui concerne ces derniers qu'ils mangent cuits à l'eau et au sel. La soupe grasse ou maigre est donc réellement économique parce qu'à la faveur de l'eau et de la chaleur elle fait consommer et digérer beaucoup de pain avec un faible assaisonnement. Quelqu'un a dit que c'est à la soupe que l'ouvrier français doit de pouvoir acheter des obligations de chemins de fer.

Tout en contredisant l'auteur dans sa conclusion relativement à l'importance du bouillon dans les ménages, nous n'en devons pas moins reconnaître que son article contient des renseignements précieux dont tout lecteur peut faire son profit.

En résumé, le *Dictionnaire encyclopédique*, continue d'être le répertoire le plus complet de la science médicale moderne. N'oublions pas de dire qu'il contient une biographie extrêmement détaillée des médecins depuis les origines de la médecine jusqu'à nos jours et que l'histoire de la médecine y est largement traitée.

Dr H. Cotin.

De la balanite, de la balano-posthite parasitaire, et du phimosis symptomatique du diabète.

Sous ce titre, le Dr G. de Beauvais vient d'écrire une courte et substantielle monographie, qui résume le fruit de patientes recherches, effectuées par lui depuis 1869. Il attire l'attention des praticiens sur un symptôme resté jusqu'ici presque inaperçu, et considéré à tort comme un simple épiphénomène. Or, cette manifestation est d'une importance extrême, car elle est de nature à déceler une affection qui, sans elle, pourrait longtemps encore être méconnue et entraîner la perte du malade. Nous voulons parler de la balanite, de la balano-posthite parasitaire, et du phimosis symptomatique du diabète sucré.

Longtemps M. de Beauvais a méconnu ce lien de connexité intime. Il a fallu que deux cas malheureux se passassent dans sa clientèle pour lui faire reconnaître, trop tardivement, cette double erreur de diagnostic.

Un de ses malades a succombé pour n'avoir pas été traité en temps opportun. Le second n'a dû, en quelque sorte, sa vie qu'à un miracle.

Une première donnée capitale ressort de la connaissance d'une vingtaine de faits, recueillis par notre laborieux confrère.

Toutes les fois que l'on constate un état œdémateux inflammatoire du côté du prépuce, en dehors d'une cause syphilitique, il faut ouvrir les yeux, et songer au diabète.

Une seconde indication se déduit de l'observation des faits. Il faut se garder d'intervenir chirurgicalement, avant d'avoir mis le diabétique dans les conditions favorables à l'opération. Il ne faut pas oublier que, en dehors même de tout traumatisme, dans cette mystérieuse affection, les tissus ont la plus grande tendance à se sphacéler. Une opération pratiquée en dehors d'un traitement approprié, expose presque sûrement un malade à la mort.

Voilà deux notions précieuses, et trop peu connues, que nous devons savoir gré à M. de Beauvais, d'avoir spécialement signalées à l'attention des praticiens.

Dr L. Hamon.

Guide pratique aux eaux minérales, aux bains de mer et aux stations hivernales, suivi d'Etudes sur l'hydrothérapie et augmenté d'un Traité des éruptions de la face, par le Dr Constantin James. 9e édition. 1 vol. cartonné, avec cartes et gravures. G. Masson, éditeur. Prix, 10 fr.

C'est M. Claude Bernard qui a voulu lui-même faire hommage à l'Académie des sciences, de la part de l'auteur, de cette nouvelle édition du *Guide*. « Voilà un livre, a-t-il dit, dont la réputation est trop bien établie pour qu'il soit besoin de le louer ». Et, en effet, n'est-ce pas aujourd'hui le conseiller de tout médecin et le *vade mecum* de tout baigneur ?

Cette neuvième édition renferme entre autres additions importantes, un Traité des éruptions de la face et tout spécialement de la couperose et de l'acné, traité dans lequel M. Constantin James expose dans tous ses détails sa nouvelle médication, laquelle consiste dans l'emploi de lotions dont l'acide chlorhydrique fait la base. L'auteur y a joint également un travail de notre savant confrère, M. le Dr Manec sur le traitement du bouton chancreux du visage par l'emploi de la pâte arsenicale du frère Cosme. La formule *exacte* de cette poudre était perdue depuis longtemps. C'est M. Manec qui l'a retrouvée dans un vieux livre de Baseilhac, propre neveu du frère Cosme, et il l'a communiquée à M. Constantin James qui la publie dans son Guide.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance, du 8 juin 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Pneumoconiose. — M. Tardieu, au nom d'une commission dont il fait, partie avec MM. Fauvel et Charcot, lit un rapport sur un mémoire du Dr Proust intitulé : *De la maladie des poumons ou pneumoconiose anthracosique des mouleurs en cuivre et en fonte.*

La commission propose ; 1° de renvoyer le mémoire de M. Proust au comité de publication ; 2° de le joindre honorablement aux titres déjà présentés par l'auteur à l'appui de sa candidature à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale (adopté).

Scorbut (suite et fin de la discussion.) — M. Leroy de Méricourt s'attache d'abord à établir qu'il n'a pas, comme le lui reproche M. Villemin, « prestement exécuté les personnes » et passé sous silence les faits contraires à sa théorie.

Au contraire, les autorités mêmes que M. Villemin invoquait se retournent contre lui quand on les examine d'un peu près.

Et il serait facile de lui en opposer bien d'autres, très-récentes, par exemple celle de son collègue au Val-de-Grâce, M. Colin, qui nie l'intervention d'un miasme ou l'influence de l'encombrement dans la production du scorbut.

Les causes des épidémies de Boulogne, des camps du Nord, de Paris, en 1855, etc., ne sont pas bien nettes. M. l'inspecteur Maillot reconnaît que la ration des soldats des camps était défectueuse, *insuffisante en présence des circonstances débilitantes qu'ils avaient subies.* On pourrait donc encore ici invoquer comme étiologie la *misère physiologique* dépendant en partie de l'alimentation.

Il en est de même, et plus certainement, dans les bagnes, où le scorbut a disparu sous l'influence d'une meilleure alimentation.

Le scorbut n'est ni infectieux, ni contagieux; il n'a pas une période d'*incubation* proprement dite, mais il a une longue période de *préparation*, il faut en moyenne un voyage d'au moins deux mois pour que des gens valides puissent en éprouver les symptômes; mais, s'ils sont déjà débilités avant le départ, ils n'ont nullement besoin d'un aussi long séjour en mer. Dire que le scorbut n'est ni infectieux, ni contagieux, ni spécifique, c'est dire en même temps qu'il n'a pas de médicament spécifique. M. Villemin s'est donc trompé en attribuant à son adversaire l'idée que les *légumes frais* jouaient le rôle de spécifique par rapport au scorbut.

Si le scorbut était considéré comme contagieux à un degré quelconque, il serait utile de pratiquer l'isolement: ce serait un devoir, car on ne devrait pas exposer une garnison, une ville, un pays entier à l'invasion d'une maladie épidémique. Si au contraire, on considère le scorbut comme une affection non miasmatique, comparable à l'anémie ou à la chlorose, etc., on pourra introduire et soigner les malades dans les hôpitaux, en se préoccupant seulement de relever leurs forces, de les rétablir, de les traiter comme des malades ordinaires: ils pourront être disséminés sans précautions quarantainaires.

Cette dernière opinion est celle de la plupart des médecins, et les arguments invoqués par M. Villemain ne paraissent pas devoir l'ébranler.

M. Villemin. Le mode d'argumentation de M. Leroy de Méricourt, dans ses deux discours, est toujours le même. Il objecte les opinions, les explications, les théories des auteurs auxquels M. Villemin n'avait emprunté que des faits. Or les faits valent par eux-mêmes; peu importe qu'ils soient compris de telle ou telle manière par celui qui les donne.

Est-ce, en réalité, le seul régime qui cause le scorbut? Là est toute la question Et encore faut-il s'entendre sur le genre de régime que l'on veut présenter comme antiscorbutique.

Le scorbut devrait toujours régner ou ne régner jamais dans les prisons, dans les casernes ou dans les bagnes s'il tenait au régime. M. Villemin n'a, du reste, jamais nié l'action du régime comme cause prédisposante. La misère physiologique accroît la *vulnérabilité* pour presque toutes les maladies, y compris la pneumonie même.

L'influence du régime est très-secondaire. Autrement, on n'aurait pas vu le scorbut affecter les soldats de la garde impériale, parfaitement nourris pendant l'épidémie de 1855.

Les animaux mêmes devraient contracter le scorbut, s'il ne s'agissait que d'une alimentation végétale fraîche. En effet, les chevaux étaient organisés pour se nourrir de végétaux frais, et on les nourrit avec du foin qui ne contient plus aucun suc; or ils ne sont pas scorbutiques.

Il faut donc chercher la vraie cause du scorbut en dehors du simple régime. En se servant des termes: *miasmes*, *miasmatiques* et *infectieux*, M. Villemin n'a jamais eu la prétention de présenter une interprétation claire. La question des miasmes n'est pas une question simple. On en est encore aux hypothèses. On cherche à savoir ce que cache cette inconnue. On l'étudie. L'avenir apprendra si on n'a pas eu raison d'y voir une maladie mieux déterminée, plus spécifique, plus rapprochée du groupe des maladies infectieuses qu'on ne le pensait.

Séance du 15 juin 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Communications. — M. Piorry lit un mémoire sur l'agonie causée par l'écume bronchique ou *hypoxémie aphrosique*.

En voici les conclusions :

« Il résulte de tout ce qui précède que le poumon crépitant, et qui reste volumineux lors de la nécropsie, est dans un état éminemment pathologique.

Que cet état a causé dans des cas l'agonie et la mort.

Que le considérer comme le type de l'état physiologique serait une erreur monstrueuse et qui, en diagnose et en thérapeutique, comme en prognose, conduirait à des conséquences désastreuses.

Qu'admettre cette dangereuse erreur comme une vérité, ce serait voir dans la crépitation, qui cause la mort, le type de l'état de santé.

Que ce serait ignorer quelles sont les causes les plus communes de la mort, et par conséquent s'exposer à faire croire que l'on n'est pas au niveau de la science et que l'on méconnaît les travaux de l'immortel Bichat et de ses successeurs.

Que l'on serait capable alors de comparer, comme on l'a fait, le corps privé de vie à celui de l'homme en santé, et d'oser dire *qu'il* n'y a pas d'autres différences entre ces deux corps que l'action vitale, qui manque chez l'un et existe chez l'autre... »

—Le Dr Bedoin, médecin-major au 8e régiment de chasseurs, adresse un mémoire intitulé : *Considérations sur la vaccine* (commission de vaccine).

M. Larrey présente de la part de M. Jules Arnould, médecin-major de 1re classe, une brochure intitulé : *Considérations sur le degré d'aptitude physique du recrutement de l'Ecole spéciale militaire.*

M. le Président annonce à l'Académie que M. Tholozan assiste à la séance, et il propose, en conséquence, de mettre la discussion sur le choléra en tête de l'ordre du jour de la prochaine séance (adopté).

M. Jolly offre en hommage un volume intitulé : *Le tabac et l'absinthe sur l'ordre moral et social.*

M. Giraud-Teulon lit un travail intitulé : *Des troubles fonctionnels de la vision dans leurs rapports avec le service militaire.*

Cette lecture est interrompue par un comité secret à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Guéniot, au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Blot et de Saint-Germain, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Boissary (de Sarlat) sur le céphalotribe et ses abus.

M. Boissary a relevé plusieurs exemples d'emploi intempestif de la céphalotripsie dans des cas où le forceps aurait suffi si l'application en avait été faite correctement. Appelé plusieurs fois par des confrères pour terminer des accouchements difficiles, il a pu amener avec le forceps des enfants que ceux-ci n'avaient pu extraire, même après leur avoir fait subir la perforation du crâne. Le remède à ces graves erreurs, n'est que dans une instruction plus solide des médecins, et dans un enseignement plus complet de l'art des accouchements et de la manière d'appliquer le forceps. Un écueil à éviter dans ces relations confraternelles, c'est la crainte de blesser l'amour-propre d'un confrère. C'est un devoir pour un accoucheur appelé dans ces cas de toujours constater par lui-même l'état de la mère et celui de l'enfant, sans s'en rapporter au diagnostic du confrère qui l'a fait appeler.

M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à l'auteur, de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, et de déposer provisoirement son travail aux archives, en attendant sa publication prochaine dans un recueil de médecine.

Ces conclusions sont adoptées.

— M. Polaillon, au nom d'une commission composée de MM. Guéniot, Blot, Polaillon, donne lecture d'un rapport sur un forceps et un appareil obstétrical à tractions continues présenté par M. Pros, de la Rochelle, dans la séance du 11 novembre 1874. (Voir pour la figure *Gazette des Hôpitaux*, 1874, page 1150).

M. le rapporteur a expérimenté ce forceps. Il est susceptible de rendre des services dans les applications au-dessus du détroit supérieur, parce qu'il a l'avantage de pouvoir être bien dirigé; mais, une fois en place, il n'offre plus assez de prise à la main de l'accoucheur. Dans les applications au-dessous du détroit supérieur et à la vulve il n'offre plus aucune supériorité sur le forceps ordinaire.

M. Blot. Cet instrument ne vaut pas le forceps classique au détroit inférieur et dans l'excavation. Il ne remplit aucune indication utile.

MÉLANGES ET FAITS DIVERS.

Concours. Nous apprenons avec la plus vive satisfaction qu'après un brillant concours, auquel ont pris part 35 candidats, notre distingué collaborateur M. le Dr Gillette, a été nommé chirurgien des hôpitaux de Paris.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 25 mai 1875 ont été nommés :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Lévié, Hémard et Bintôt.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Armand, Noguès et Bertrand.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Marteau, Josué, Sainte-Rose, Sculfort, Schaumont, Arnaud et Suquet.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Grach-Laprade, Mangenot, Journée, Montané, Vigenaud, Playoust et Zaepffel.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Mullet.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Letellier.

Prix à décerner en 1876. — La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante :

« Conseils aux mères et aux nourrices sur la manière de nourrir et d'élever les enfants. »

La société décernera une médaille d'or, dans la séance de janvier ou février 1876, à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur ce sujet.

Les mémoires écrits en français devront être adressés *franco*, avant le 1er décembre prochain, à M. le docteur Fonteret, secrétaire général de la société, place des Célestins, 7, à Lyon (Rhône).

Ils porteront, en tête, une épigraphe qui sera répétée sous un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Service de santé de la marine. — D'après les *Tablettes de Rochefort*, le Ministre de la marine vient de décider que le diplôme de docteur en médecine ne sera plus exigé des aides-médecins candidats au grade de médecin de 2e classe, non plus que le titre de médecin universitaire de 1re classe des aides-pharmaciens candidats au grade de pharmacien de 2e classe. Si cette mesure est exacte, elle indique que le recrutement du corps médical de la marine est actuellement insuffisant. Aurait-on pu prendre une mesure meilleure? Nous le croyons. Car l'une des causes principales de la pénurie de médecins dans la marine est assurément l'insuffisance du traitement qui leur est alloué.

— La sociéte des médecins des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris, vient d'adresser au directeur de l'Assistance publique une collection de mémoires sur le traitement chirurgical des pauvres à domicile. Cette collection était accompagnée d'une lettre demandant instamment la nomination d'un chirurgien du bureau de bienfaisance dans chacun des vingt arrondissements de Paris.

Société de statistique de Londres. — M. Darwin expose le résultat de ses recherches sur les *mariages consanguins*. Les mariages entre cousins germains existent dans la proportion suivante : dans la population urbaine, 2 pour 100; dans les populations rurales, 2 1/2 pour 100; chez les bourgeois, propriétaires, 3 1/2 pour 100; dans l'aristocratie, 4 1/2 pour 100.

Voici les conclusions de M. Darwin :

1° La consanguinité des parents est souvent nuisible à la descendance;

2° Les effets nuisibles de cette consanguinité peuvent se montrer seulement chez les petits-enfants;

3° L'idiotie et l'imbécillité sont les manifestations le plus souvent observées;

4° La fréquence des mariages consanguins explique, en Écosse, la fréquence de l'idiotie.

Néanmoins, l'on a plutôt exagéré le danger des mariages consanguins. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, p. 253.)

— Grâce à l'initiative de M. le docteur Jaccoud, les Facultés brésiliennes de médecine viennent d'être autorisées par l'empereur Don Pedro à permettre aux médecins étrangers de répondre dans leur propre langue aux questions qui leur seront adressées dans les examens qu'ils doivent subir, afin de pouvoir exercer leur profession au Brésil.

Les buveurs de sang sont nombreux à New-York. — Un de nos confrères qui a visité récemment l'abattoir de cette capitale y a vu recueillir et boire en grande quantité le sang de bœufs que l'on abattait. On évalue à deux cents le chiffre des personnes qui ont l'habitude de prendre journellement du sang chaud comme tonique.

L'une d'elles assurait que lorsqu'elle fermait les yeux il lui semblait boire du lait de vache.

Il paraît qu'aux États-Unis beaucoup de praticiens en recommandent l'usage dans la phthisie.

Bulletin des décès dans la ville de Paris.

Du 4 au 11 juin on a constaté 914 décès, savoir : variole, 8 ; rougeole, 31 ; scarlatine, 3 ; fièvre typhoïde, 26 ; érysipèle, 9 ; bronchite aiguë, 31 ; pneumonie, 66 ; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 16 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 12 ; croup, 9 ; affections puerpérales, 17 ; autres affections aiguës, 275 ; affections chroniques, 354 (dont 136 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 29 ; causes accidentelles, 28.

Du 11 au 18 juin, 865 décès ainsi répartis : variole, 8 ; rougeole, 20 ; scarlatine, 10 ; fièvre typhoïde, 21 ; érysipèle, 9, bronchite aiguë, 33 ; pneumonie, 57 ; dysentérie, 3 ; diarrhée chlolériforme des enfants, 18 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 8 ; croup, 11 ; affections puerpérales, 14 ; affections aiguës, 261 ; affections chroniques, 346 (dont 149 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 27 ; causes accidentelles, 28.

Nécrologie. M. Le Dr Ducher (de Riom), surnommé *le père des pauvres*, vient de terminer sa carrière, à l'âge, de 88 ans.

M. Le Dr Louis Joseph Berchoud, âgé de 32 ans, a succombé aux suites d'une laryngite chronique.

M. Le Dr Guipon (de Laon), nommé récemment membre correspondant de l'Académie de médecine, mort à l'âge de 49 ans, d'une affection rhumatismale aiguë.

M. Le Dr Coze, ancien professeur à l'Ecole de Strasbourg, prit sa retraite en 1857 et se retira à Oberbruck, où il succomba des suites d'une pneumonie le 25 avril dernier. Il était né le 9 décembre 1795.

M. Le Dr Lauth (Frédéric) vient de mourir à l'âge de 83 ans.

La ville de Caen vient encore de perdre un de ses médecins les plus estimés et les plus bienfaisants, M. Liégard vient de mourir à l'âge de 60 ans. Il était le serviteur infatigable des malheureux qui venaient en grand nombre demander ses soins.

Le docteur Audry, mort à Saintes à l'âge de 59 ans.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

J. B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille.

Traitement chirurgical des pauvres à domicile. Mémoires présentés au directeur de l'Assistance publique par la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris, 70 p. in-8°. Prix 1 fr. 25 c.

Des indications et des contre-indications de l'hydrothérapie, par M. le docteur Leroy-Dupré, médecin en chef de l'établissement hydrothérapique de Bellevue (Seine-et-Oise). Mémoire couronné par la Société médicale d'Amiens. Paris 1875. In 8° de 112 pages. Prix, 3 fr.

ADRIEN DELAHAYE, éditeur.

Des propriétés physiologiques du bromure de camphre (camphre monobromé de Wurtz) et ses usages thérapeutiques, par le Dr L. Pathault, In-8°. Prix : 1 fr. 25 c.

Bromure de camphre, ses propriétés physiologiques et de ses usages thérapeutiques, par le Dr Louis Pathault. Prix : 1 fr. 25 c.

De l'innocuité relative des accouchements chez les primipares âgées, par le Dr A. Coccio, in-8°. Prix : 1 fr. 50 c.

Quelques mots d'hygiène militaire, par le Dr C. Carrière. In-8°. Prix : 1 fr. 50 c.

Des déplacements du cristallin sous la conjonctive, par le Dr F. Massie. In-8°. Prix : 1 fr. 50 c.

Du cornage broncho-trachéal et de ses rapports avec la mort subite, par le Dr J. Binet. In-8°. Prix : 2 fr.

Contribution à l'Étude de l'encéphalocèle acquise, par le Dr Lewis A. Lebeau. In-8°. Prix : 2 fr. 50 c.

F. SAVY, Libraire, 24, rue Hautefeuille.

Le Mont-Dore-Davos, étude médicale et climatologique sur les cures d'air dans la phthisie pulmonaire par le Dr L. Vacher, médecin consultant au Mont-Dore. Paris 1875, gr. in-8° de 32 pages. Prix : 1 fr.

—

Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Sommaire du dernier numéro. — De la tuberculose miliaire pharyngo-laryngée par M. le Dr Isambert.

Note sur l'otité aiguë syphilitique, par M. le Dr Ladreit de la Charrière :

— Des laryngopathies pendant les premières phases de la syphilis (suite), par MM. les Drs Krishaber et Mauriac.

— De la rhinite chronique et de son traitement par la pulvérisation, par M. le Dr Émile Tillot.

— De l'amygdalotomie (suite) par M. le Dr de Saint-Germain.

— Rhinoscopie (suite), par M. le Dr Krishaber.

VARIETES.

Fécondation par coup de feu.

Jusqu'à ce jour nous ne nous étions jamais représenté le dieu Cupidon que sous la forme d'un bébé bien dodu, agrémenté de deux petites ailes du plus joli effet et surtout armé d'un arc et d'un carquois bien fourni de flèches acérées. La plupart de nos lecteurs, sans doute, ne connaissent pas d'autre image allégorique de l'Amour. Un chirurgien américain, le Dr Capers, de Wicksburg (Missouri), nous a révélé un travestissement, d'un goût plus moderne, du petit dieu malin, Pour se conformer probablement à nos mœurs, il aurait pris les apparences d'un fusilier portant sac au dos et tout le fourniment nécessaire à un bon soldat d'infanterie. L'arc est devenu une carabine et le carquois une vulgaire cartouchière, les traits empennés ne sont plus que des balles cylindro-coniques.

Voici le fait qui a démontré la nouvelle forme du fils de Vénus Aphrodite, qui, elle-même, paraît avoir adopté de nombreux travestissements depuis le temps :

Où Vénus Astarté, fille de l'onde amère,
Secouait, vierge encore, les larmes de sa mère,
Et fécondait le monde en tordant ses cheveux.

Pendant la guerre de la sécession, le 12 mai 1863, deux corps d'armée ennemis se rencontrent et livrent bataille, près

d'une belle résidence habitée par une honnête mère de famille et ses deux filles. Dans le fort de l'action un militaire, posté à 150 mètres de l'habitation, a la jambe gauche fracturée par une balle de carabine Minié, qui, détail important, lui enlève aussi le testicule gauche. Au même instant, un cri perçant retentit dans la maison, l'aînée des deux filles vient de recevoir un coup de feu dans l'abdomen. L'orifice d'entrée est à une distance à peu près égale de l'ombilic et de l'épine iliaque antérieure. Il n'y a pas d'orifice de sortie et la plaie est pénétrante. Après diverses péripéties, les deux blessés guérissent loin l'un de l'autre, sans avoir eu aucune relation, même de simple politesse.

La jeune fille a eu une péritonite, qui lui a laissé un ballonnement du ventre qui l'inquiète. Deux cent soixante-dix-huit jours juste à partir de la date de la blessure, de vives douleurs se font sentir et la blessée met au monde un beau garçon du poids de huit livres. Le Dr Capers a constaté que la membrane hymen ne s'est rompue qu'à un moment déjà avancé de l'accouchement. La famille est désolée, profondément humiliée de ce déshonneur.

La demoiselle est toute ahurie.

Trois semaines après l'accouchement le nouveau-né est opéré d'une tumeur du scrotum. Cette tumeur n'était produite que par une balle Minié, écrasée, déformée, comme si dans son trajet elle avait heurté quelque corps dur et résistant. Tout le monde est stupéfait, même le Dr Capers. Mais tout d'un coup la lumière se fait dans son esprit. Tout confus des doutes qu'il a eu sur la vertu de sa cliente, il lui explique comme quoi elle est la seconde femme qui ait conçu sans péché. Nous le citons textuellement :

« Qu'est-ce à dire ? La balle que j'avais retirée du scrotum de l'enfant était identiquement la même que celle qui, le 12 mai, avait fracassé le tibia de mon jeune ami, et qui, dans son état mutilé, lui avait enlevé le testicule, emportant avec elle des particules de semence et des spermatozoaires dans l'abdomen de la jeune fille, puis, traversant son ovaire gauche, était entrée dans l'utérus pour la féconder de la sorte. Impossible d'expliquer autrement le phénomène. »

Le militaire est mis au courant de la situation, et, convaincu ou non de sa paternité, il épouse la mère, qui depuis lors lui a donné trois enfants dont aucun ne lui ressemble autant que le fils de la balle.

A la lecture de l'observation au moins très-originale du Dr Capers, nous éprouvons un sentiment de pitié pour l'enfant, ce pauvre petit être ; victime de la fureur des partis dès sa conception, obligé de supporter une opération sanglante peu de jours après sa naissance. Pourquoi cette balle jusqu'alors si intelligente dans sa brutalité ne s'est-elle pas enkystée dans le placenta? Elle eût alors été évacuée sans peine avec le délivre.

Nous ne savons si ce nouveau procédé du dieu Cupidon sera beaucoup du goût du beau sexe; l'ancienne manière, la méthode classique, par laquelle une flèche adroitement lancée pénètre sans douleur et sans bruit, continuera sans doute à lui plaire davantage.

De tout ceci, une indication hygiénique se dégage, c'est qu'il n'est pas prudent de laisser vaquer les jeunes filles aux alentours des champs de bataille.

Pour plus de renseignements nos lecteurs n'ont qu'à se reporter à l'article Variétés de l'*Alger médical* du 1er juin dernier. Ce journal reproduit l'observation du Dr Capers, d'après *The American médical Weekly*.

Boîte aux lettres.

4120. — Dr Gel... à Aig... d'A... Travail égaré, enfin retrouvé. Au prochain numéro.

2790 — Dr Urs... à Berl., Mold... Analyse au prochain numéro.

2573 — Dr Semp. à St-Fl... (Yonne). Envoyez vos observations, nous les utiliserons.

Le Rédacteur en chef-gérant,
Dr Hamon de Fresnay.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (42e ANNÉE).

N° 14. — 15 JUILLET 1875.

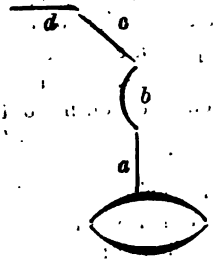
CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

Service de M. le Dr. DESPRÈS.
(Suite.)

1°. Affections des os et des articulation.

a. RÉSECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. —*Procédé de Nélaton.—Pince de Liston.*— De tous les procédés mis en usage, M. Desprès préfère celui à lambeau de Nélaton dans lequel l'incision *brisée* divise la lèvre supérieure sur les côtés de la ligne médiane (*a*), contourne l'aile du nez (*b*) et vient rejoindre obliquement (*c*) le sillon



bouche.

oculo-palpébral qui est incisé (*d*) dans une grande partie de son étendue. — Dans les différents temps de cette opération il croit, comme le plus grand nombre des chirurgiens, que le plus délicat est celui de la section de l'os malaire. Dans un cas, il a eu les plus grandes difficultés à passer la scie à chaîne par la fente sphéno-maxillaire; aussi croit-il qu'il est préférable de sectionner le pont osseux à l'aide de la pince de Liston. Dans l'emploi de cet instrument il ne faut pas, du reste, s'évertuer à vouloir diviser l'os d'un seul coup, mais bien mordre successivement et à reprises différentes sur le squelette.

Pour les deux temps qui consistent à sectionner la branche montante et la voûte palatine, nous croyons, en effet, que l'usage de la pince de Liston ou de Columbat est indiqué, mais quant au 3e temps (section du prolongement malaire), la scie à chaîne lui convient bien mieux. D'une part, on arrive aisément jusqu'à la fente phéno-maxillaire, si on a le soin de prolonger l'incision oculo-palpébrale jusqu'à la partie externe du rebord orbitaire; d'autre part on peut passer avec facilité la scie à chaîne par la fente en employant la sonde à résection pour l'humérus de M. Nicaise. Cette dernière est fabriquée sur le modèle de l'aiguille de Cooper : elle est constituée par un *ressort* demi-circulaire, dont l'une des extrémités se continue avec une tige rigide pourvue de manche et dont l'autre représente un bec mousse et un peu coudé qui est percé d'un chas destiné à laisser passer le fil de la chaîne.

De plus cette scie à chaîne mise en place peut-être plus sûrement maniée d'une main en la montant sur un arbre-aux deux bouts duquel elle se trouve accrochée (arbre Collin, arbre Mathieu). — La section faite de cette manière est bien plus nette et sans esquilles, conséquence

à craindre quand on emploie la pince coupante.

b. AMPUTATION DU BRAS. — *Méthode circulaire.*— La méthode circulaire est celle que ce chirurgien préfère pour la plupart des amputations des membres : s'il opère sur le bras gauche, placé en dehors du membre, il fait lui-même la compression pendant qu'il coupe les chairs : il ne cherche pas à réunir par première intention et met en usage principalement le pansement humide (charpie et compresses mouillées: arroser le pansement avec de l'eau et de l'alcool camphré).

Ce pansement est renouvelé quotidiennement : lorsque les bourgeons charnus apparaissent dans la plaie, il évite avec le plus grand soin de les faire saigner, et, au bout de 6 à 8 jours, il remplace le pansement humide par un linge cératé et de la charpie sèche, puis simplement par le diachylon.

Il ne rejette pas le pansement ouaté, mais il croit bon de surveiller les plaies : les soins minutieux que l'on apporte aux solutions de continuité et l'humidité du pansement doivent, selon lui, entrer en ligne de compte dans les succès qu'on obtient.

c. CONTUSION CHRONIQUE PROFONDE DU TALON PAR COMPRESSION. — *Repos : semelle de paille et de caoutchouc.* — M. Desprès vient d'attirer l'attention des élèves sur une affection douloureuse du talon, encore bien peu connue dans sa nature intime, et particulière à ceux dont la profession réclame soit des marches forcées, soit plutôt une station verticale trop prolongée. Il l'a observée trois fois et toujours chez les *gardiens de la paix.*

L'un d'eux, garçon de taille moyenne et de constitution assez délicate, entre à l'hôpital, il y a deux ans, pour des douleurs persistantes au talon droit, mais seulement quand cette partie du corps repose sur le sol depuis un certain temps ; on l'examine, il n'y a aucune apparence extérieure de lésion ; la pression à la paume de la main ne détermine pas de souffrance, mais un doigt venant à appuyer fortement sur le milieu du talon, réveille immédiatement une sensibilité anormale: le repos l'améliore, il quitte l'hôpital et reprend son service de gardien de la paix.

Au bout d'un mois, les douleurs recommencent, il rentre une seconde fois dans le service, le repos suffit de nouveau à l'améliorer; il sort, mais après 6 mois de travail, l'autre talon se prend, ce qui oblige cet homme à changer de profession.

Un second malade, également gardien de la paix, présentant les mêmes phénomènes, entre, il y a quelque temps, à Cochin. C'est encore le talon droit qui est le siége des douleurs : le repos finit par les calmer et cet homme peut se remettre au travail en portant une semelle en caoutchouc.

Un troisième gardien de la paix, de 44 ans (c'est celui que nous avons vu dans les salles de ce chirurgien), se plaint depuis 6 semaines de douleurs très-vives du talon gauche, il continue cependant son métier ; mais les souffrances deviennent si intenses qu'il est obligé de suspendre son service : le repos l'améliore en peu de temps.

Quelle est donc la nature de cette affection singulière où l'élément douleur est le seul symptôme appréciable et ne se manifeste spécialement que lors d'une station verticale trop continue ? M Desprès croit pouvoir la rapporter (mais ce n'est là qu'une appréciation purement hypothétique) à une *contusion chronique profonde du talon par compression,* variété de contusion sur laquelle Velpeau a appelé l'attention dans sa thèse de concours, mais dont les lésions dans le cas en question ne sont pas aussi apparentes que dans les autres formes.

Cette contusion ne siége ni dans la peau dont l'intégrité est parfaite, ni sur le périoste, car alors il y aurait périostose, et, par suite, gonflement appréciable : *Elle porte exclusivement sur le coussinet graisseux* situé au-dessous du derme. Ce tissu adipeux qui ne ressemble pas à celui des autres régions, car il est beaucoup plus dur, se tasse et subit une lésion moléculaire, point de départ de tous les désordres.

Une cause prédisposante de ce mal est l'amincissement du talon et la sudation abondante des extrémités, peut-être aussi

les inégalités raboteuses du sol sur lequel le pied repose. Un dernier phénomène, important à mentionner, est que cette affection ne se montre à la fois que sur un seul pied comme d'autres maladies telles que le valgus, par exemple : pour quelle raison ? parce que si l'on reste longtemps debout, on se penche alternativement sur l'une ou sur l'autre jambe et que par habitude il en est une qui travaille plus ou supporte le poids du corps plus souvent que sa congénère : en un mot, il serait très-possible que l'on fût *droitier* ou *gaucher* des jambes absolument comme on l'est des mains : c'est là une explication dont nous laissons, bien entendu, l'entière responsabilité à ce chirurgien, car elle ne nous semble pas surabondamment prouvée ; elle n'est encore qu'à l'état d'hypothèse.

Quoi qu'il en soit, c'est par le repos que s'améliore ou se guérit cette affection. De plus, pour permettre aux malades de reprendre leurs occupations, il faut s'efforcer, suivant M. Desprès, de diminuer la compression de la couche cellulo-adipeuse du talon. Pour arriver à ce résultat, ce chirurgien fait porter une *semelle de paille* à laquelle se trouve superposée une autre *semelle en caoutchouc*. C'est donc à un *talon artificiel* qu'il a recours pour combattre la compression, cause de ces accidents.

2° Affections de la mamelle et du cou.

a. AMPUTATION DU SEIN. — *Pansement à plat, pas de réunion par première intention.* — M. Desprès insiste avec beaucoup de raison, dans le diagnostic des tumeurs de la mamelle, sur la rétraction même peu prononcée du mamelon et sur la nécessité qu'il y a, pour éviter la récidive autant que possible, à enlever la totalité de la glande avec toute son enveloppe cellulo-graisseuse, même lorsqu'une portion seulement semble envahie.

Il choisit l'instrument tranchant parce qu'il ne croit pas que l'emploi des caustiques (cautérisation en flèches) expose moins que le bistouri à l'érysipèle et aux autres complications. Le bistouri est du reste moins douloureux que la cautérisation. Si la tumeur est d'un volume considérable, il rejette absolument l'usage des caustiques.

M. Desprès chloroformise à peine la malade, Et, la faisant reposer sur le côté opposé à la lésion, il enlève toute la mamelle en la circonscrivant par deux incisions elliptiques, et en commençant par l'inférieure pour ne pas être gêné par le sang lorsqu'il pratique la supérieure.

Pas de réunion par première intention. Pansement à plat constitué par un large gâteau de *charpie imbibée d'alcool* camphré appliqué sur un linge cératé. Il termine par une légère compression avec des compresses et un bandage de corps. C'est surtout, en pareil cas, qu'il n'a pas recours au pansement ouaté. Pansement rare. On n'enlève le premier que lorsque la suppuration s'est établie et détache la charpie au dessous de laquelle on trouve une plaie surface granuleuse vermeille, ne présentant pas de mauvaise odeur. Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent.

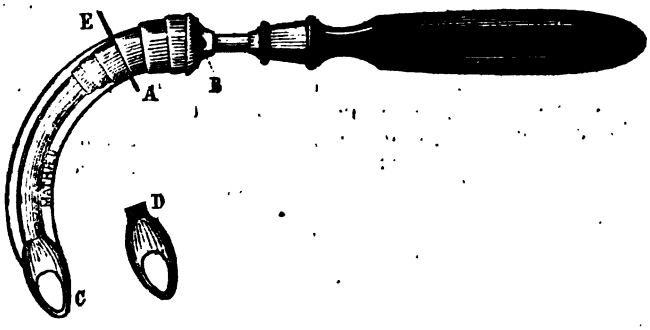
b. ABCÈS GANGLIONNAIRE DU COU. — *Drainage.* — A moins d'indications spéciales il ne se presse pas d'ouvrir et lorsque la collection purulente est entièrement formée, c'est à la méthode du *drainage* qu'il donne la préférence. L'abcès se vide aisément, peut-être même la matière en caoutchouc dont se compose le drain agit-elle comme agent modificateur de l'intérieur de la poche, et lorsque la guérison est complète, c'est à peine si les deux orifices par où passait le tube laissent une cicatrice appréciable.

c. TRACHÉOTOMIE. — *Emploi du bistouri et du doigt.* — Ni la trachéotomie pratiquée avec le bistouri rougi au feu (de Saint-Germain), ni celle faite en un seul temps (Chassaignac, Maisonneuve), ni celle où on se sert du galvano-cautère, n'est employée par ce chirurgien.

Rien ne vaut, selon lui, le *procédé classique* connu depuis longtemps et bien réglé par Trousseau et Guersent : il n'y a pas lieu, même chez l'adulte, d'avoir à redouter l'hémorrhagie. Les pinces, dites hémostatiques qu'on laisse appliquées sur le

vaisseau pendant un temps plus ou moins long, suffisent à arrêter l'écoulement. Quant à l'ouverture de la trachée, elle doit être faite, de toute nécessité, avec l'instrument tranchant et agrandie, s'il est besoin, avec un bistouri boutonné. M. Desprès ne se sert généralement pour l'introduction de la canule, ni de dilatateur, ni des embouts perforés, soit celui de M. le Dr Henriette (de Bruxelles), soit celui qui vient d'être construit tout récemment par M. Mathieu, sur les indications de M. Péan et dont nous donnons la figure ci-jointe.

Cet instrument aurait pour but d'éviter,



après l'ouverture de la trachée, la suffocation que détermine l'introduction de la canule AEC. C'est un embout creux dans toute sa longueur et qui permet, par conséquent, au malade de respirer librement pendant le dernier temps de l'opération.

Il est constitué par une tige tubulée courbe, montée par une extrémité sur un manche gradué à sa base par des échelons correspondants aux divers calibres de canules, son autre extrémité libre D est aplatie, conique et amincie, afin de pouvoir pénétrer sans difficulté par l'ouverture trachéale : cette tige est aussi fenêtrée que possible pour permettre le passage de l'air et des ouvertures B sont ménagées près du manche.

M. Desprès après avoir ponctionné la trachée l'incise, et complétant l'ouverture par l'introduction de la pulpe du doigt, il introduit la canule dans l'orifice trachéal comme dans la boutonnière d'un habit. Il ne considère pas la trachéotomie, même chez l'adulte, comme une opération extrêmement grave par elle-même : 4 fois il l'a pratiquée (chez l'adulte), et il n'a jamais obtenu aucun accident : ceux de ses opérés qui ont succombé sont morts de la maladie pour laquelle on avait dû pratiquer l'opération et non de l'opération elle-même ou de ses suites.

3° Kystes.

a. KYSTE HYDATIQUE DU FOIE. — *Cautère et ponction.* — Comme traitement curatif de ces sortes de tumeurs liquides, il ne s'adresse pas à la méthode aspiratrice : du reste, les ponctions simples et les ponctions capillaires aspiratrices ont déterminé parfois des accidents fort sérieux.

Le *procédé ancien de Récamier* (ouverture de la poche par des applications successives de caustique qui provoquent des adhérences péritonéales) a donné de bons résultats en faisant suppurer l'intérieur du kyste.

J'ai vu mon père en 1858, à l'hôpital des Enfants, employer avec un résultat fort satisfaisant cette méthode chez une jeune fille de 15 ans : vers la même époque il a même fait un rapport favorable à la Société médicale d'émulation, sur un travail de M. Leudet (de Rouen), ayant trait à ce procédé opératoire.

La ponction avec un trocart, de fort calibre suivie de l'introduction d'une *grosse sonde molle* qui permet de faire des injections iodées, a donné également des succès, soit en faisant suppurer, soit en produisant l'atrophie de la masse.

Ce ne sont pas cependant les moyens que choisit M. Desprès : il préfère employer *la combinaison du cautère et de la ponction*

du kyste. Il commence par appliquer avec la pâte de Vienne un cautère sur la partie la plus inférieure de la tumeur : après la chute de l'escharie et la cicatrisation de la plaie, il fait une nouvelle application du même caustique sur le point le plus saillant de la masse et entretient ce dernier cautère par des applications successives pour obtenir l'adhérence de la paroi abdominale avec le kyste. Lorsqu'il voit l'affection faire des progrès rapides et le malade présenter des phénomènes de dyspnée, il n'attend plus, car la rupture du kyste pourrait s'effectuer par suite d'inflammation et de tension exagérée, comme on en a observé plusieurs cas. Il choisit ce moment pour ponctionner la poche avec un trocart de moyen calibre introduit au centre du cautère qui représente la partie la plus mince. Il retire la canule aussitôt que le liquide est évacué et applique un cataplasme. L'ouverture faite à l'eschare par le trocart, permet au liquide de s'échapper pendant les jours qui suivent, toutefois il ne se produit aucune suppuration et la terminaison a lieu par atrophie. Il peut se faire cependant que le kyste se remplisse de nouveau et exige une seconde et même une troisième ponction, toujours au niveau de l'eschare qu'on aura eu le soin d'entretenir.

b. KYSTE OVARIQUE.—*Ponction et canule à demeure.*—Dans la séance du 4 juin 1873 M. Desprès a présenté à la Société de chirurgie, une femme qu'il avait complétement guérie d'un kyste uniloculaire de l'ovaire par *ponction* et la *canule à demeure.* Il croit qu'au lieu d'avoir recours à l'ovariotomie, pour cette espèce de kyste, comme la généralité des chirurgiens le font depuis une dizaine d'années, il y aurait peut-être moins de danger et plus de succès à espérer de cette méthode opératoire. Dans ce cas, il pratique des injections iodées et même la cautérisation des végétations situées dans l'intérieur de la poche.

c. KYSTE HORDÉIFORME DU POIGNET. — *Teinture d'iode.* — *Compression.* — *S'abstenir de toute opération.* — M. Desprès repousse complétement toute tentative opératoire prématurée sur les kystes hordéiformes du poignet et de la main : tant que l'ouverture spontanée de ces kystes n'est pas imminente, il se borne à faire un traitement palliatif, l'application de teinture d'iode par exemple et surtout la compression ouatée qui longtemps continuée, et surtout répétée, peut amener une diminution notable dans la masse : si au contraire la tumeur s'enflamme, il prévient son ouverture spontanée en ponctionnant, vidant la poche et faisant des lavages. C'est là une sage pratique, mais nous ne pensons pas cependant que toute ouverture de ces tumeurs, produite par le chirurgien, détermine inévitablement la suppuration et des complications graves du côté des tendons : M. Alph. Guérin n'hésite pas, dans certains cas, à ouvrir les cavités et emploie le pansement ouaté qui lui a donné des guérisons sans la moindre roideur. M. Boinet a obtenu également des succès à la suite d'injection iodée et nous avons vu notamment, à l'hôpital Lariboisière, M. Tillaux guérir complétement une jeune fille, sans aucune adhérence des tendons, par une ponction faite avec le trocart et suivie d'injection iodée. Opérer dans tous les cas est évidemment un abus, rejeter d'un autre côté l'intervention chirurgicale dans certains autres, nous semble aussi une pratique un peu trop exclusive. Dr GILLETTE.

Luxation du pouce ;

Expédient très-simple pour en opérer la réduction.

Dans le numéro du 15 avril 1875, de la *Revue de Thérapeutique*, il a été décrit une nouvelle pince de M. le Dr Farabeuf, instrument très-rationnel destiné à la réduction des luxations du pouce, qui présente souvent de grandes difficultés.

A la campagne, dans les petites villes, où l'on n'a pas la ressource des fabricants d'instruments de chirurgie, nous sommes obligés d'employer des moyens plus primitifs. Un de ceux qui m'a réussi très-bien, consiste en une lanière de cuir blanc, de vache ou de bœuf, d'environ un centimètre de largeur sur un mètre vingt centimètres de longueur.

Ce cuir, qui est très-rude, dont les bords sont presque tranchants à l'état sec devient mou et moelleux et très solide quand on le trempe quelques minutes dans de l'eau froide.

Cette lanière de cuir ainsi mouillée est pliée dans son milieu, où l'on forme un double nœud coulant, nœud qu'on appelle en allemand *verbaumknopf* et qui est employé, dans la fanaison, par les cultivateurs pour serrer la corde à l'extrémité postérieure de la perche destinée a maintenir le foin sur la voiture.

Ces nœuds de la lanière sont passés et serrés autour de la phalange du pouce, préalablement entouré de ouate, et les extrémités de la lanière sont nouées ensemble et roulées, soit autour d'un petit bâtonnet, soit autour de la main de l'aide chargé de l'extension.

L'extension fait que ce nœud se serre fortement autour de la phalange et l'empêche de glisser ou de s'échapper sans excorier les parties sur lesquelles il est appliqué. Ce moyen m'a parfaitement réussi, il joint à l'efficacité une grande économie et a l'avantage de se trouver partout. Il y a quelques semaines j'ai réduit, par ce moyen, à l'hôpital de Saverne, une luxation complète en avant qui datait de trois jours. Les tractions, d'abord faibles, puis de plus en plus fortes, n'ont duré qu'environ deux minutes pour arriver à une parfaite réduction. C'était sur une nommée Joséphine Knich, veuve âgée de 59 ans, qui tomba, au mois de janvier dernier, sur la main droite et se luxa le pouce droit.

Le 9 mai 1875, il ne lui restait qu'une douleur à l'extrémité supérieure de la deuxième phalange, douleur qui se faisait sentir en appréhendant fortement un objet, comme dans l'action de couper avec des ciseaux. Aujourd'hui 18 juin elle peut vaquer à toutes ses occupations, sans la moindre gêne.

L. A. Hirtz,
Médecin cantonal à Saverne (Bas-Rhin).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Fièvre pernicieuse Épileptique.

Jusqu'en ces derniers temps, on ne regardait point l'épilepsie comme une maladie pouvant déterminer subitement la mort et quand pendant un accès ou après une suite d'accès, le malade perdait la vie, on attribuait cette issue fatale à la rupture de quelque vaisseau dans l'intérieur de la tête ou du corps (on sait combien dans le paroxysme épileptique sont turgescentes les branches de l'arbre circulatoire), ou bien encore à une congestion encéphalique portée à son summum d'intensité. C'est à la Salpêtrière, nous apprend M. Delasiauve, dans son *Traité de l'épilepsie*, qu'on fut pour la première fois frappé de la fréquence relative de certaines attaques, de leur violence, de l'état d'épuisement, de collapsus où elles jetaient les malades et enfin de la terminaison funeste qui en était la conséquence ordinaire. De là, on fut conduit à grouper ensemble ces divers symptômes, à les rattacher à une entité morbide, on en fit une étude particulière et on donna à cette complication si grave le nom d'état de mal épileptique. Nous verrons plus loin s'il n'était pas possible de trouver pour les caractères une dénomination plus heureuse et plus significative.

En continuant à nous servir pour le moment de cette qualification, nous dirons donc qu'on appelle « *état de mal épileptique* » une complication de cette névrose caractérisée par la répétition d'attaques graves, se succédant rapidement et sans retour à la lucidité ordinaire, par un collapsus profond, une fréquence extrême du pouls et de la respiration, et enfin par une élévation considérable de la température persistant dans les cas heureux pendant plusieurs jours, même après la disparition des autres symptômes.

Selon M. Delasiauve, cette étymologie d'état de mal exprime assez bien, assez fidèlement la tendance persévérante sous laquelle fléchit le cerveau et a été admise depuis par M. Charcot, de la Salpêtrière, par le D. Bourneville qui, dans son jour-

nal le *Progrès médical*, a fait paraître sur ce sujet des observations très intéressantes et enfin par les divers auteurs qui se sont occupés de cette complication de l'épilepsie. Mais cette définition a, selon moi, dernier venu dans la science, il est vrai, l'inconvénient de ne pas différer des mots vulgaires, mal caduc, haut-mal, de ne pas rappeler par conséquent à l'esprit la gravité de la position du malade et enfin de ne donner aucune idée, aucun soupçon des symptômes qu'il présente. Je crois qu'il y aurait tout avantage à lui donner plutôt le nom de fièvre épileptique pernicieuse. Il s'agit bien en effet, dans ces cas, d'une fièvre avec son cortége ordinaire : chaleur de la peau, amélioration du pouls, transport au cerveau, coma ou délire. Le mot épileptique représenterait de suite à l'idée, l'origine, la cause probable de la pyrexie et enfin la signification de pernicieuse ferait comprendre au praticien, aux parents eux-mêmes, la gravité de la situation, et déchargerait la responsabilité du médecin traitant en avertissant tout le monde, que le danger est sérieux et souvent mortel.

Ce n'est point le nombre, la fréquence, ni le rapprochement des décès épileptiques qui constituent l'état de mal, ou, pour mieux dire, la fièvre épileptique pernicieuse, mais c'est le non-retour à la raison à la lucidité, à la tranquillité qui suivent les attaques ordinaires et qui les séparent les unes des autres. On voit fréquemment des malheureux, avoir 10, 20, 50 accès dans les 24 heures sans que la fièvre epileptique pernicieuse s'allume chez eux ! Pourquoi ? parce qu'entre ces accès ils ont quelques instants, quelques secondes de répit pendant lesquelles l'organisme puise de nouvelles forces pour résister au mal qui menace la vie; le sujet, pendant ces courts instants, reprend possession de lui-même, il respire, se rassure, la nature reprend des forces pour lutter encore. Et d'ailleurs, l'atteinte portée à l'innervation n'est pas trop profonde, la température qui toujours, pendant une crise épileptique, s'élève à un degré considérable (moyen très-sûr de reconnaître une épilepsie simulée), revient pendant la période de calme à son degré ordinaire. Il n'y a donc là, malgré la fréquence presque incessante des attaques, aucun caractère pernicieux.

Mais, que chez un autre épileptique, après un ou deux accès seulement, il n'y ait aucune intermittence réelle, qu'il y ait élévation croissante dans la température sans aucun abaissement intermittent, sans retour à la raison, que le collapsus survienne et se continue avec les autres symptômes dont j'ai parlé, et voilà la fièvre épileptique pernicieuse établie et dès lors le danger est redoutable comme dans toutes les fièvres pernicieuses.

L'ancienneté de l'affection primitive ne semble point exercer d'influence réelle sur l'apparition de la maladie qui nous occupe. — Pour mieux dire, on ne sait, dans l'état actuel de la science, à quelle cause attribuer cette aggravation singulière éclatant à l'improviste.

Sous ce rapport, nous avons cru utile de relater l'observation suivante, qui nous montre cette complication de l'épilepsie se manifestant chez un très-jeune sujet, circonstance assez rare, car ce sont surtout les personnes âgées qu'elle atteint le plus souvent.

M...B..., de la commune d'Aigrefeuille, est âgé de deux ans cinq mois — Du côté paternel, ses grands-parents, sont sains cependant, le grand-père bégaye un peu et a un lombago chronique. — Du côté maternel, le grand-père a eu un herpès tonsurant et la grand'mère est nerveuse — La mère est délicate et a eu quelques manifestations psoriasiques. — Le père, fortement constitué, eut à 19 ans des convulsions violentes qui durèrent deux jours et ont été accompagnées de perte de connaissance, de parole et de sensibilité — Elles se sont terminées par l'expulsion de lombrics, mais elles ont été suivies d'une trop grande faiblesse et d'une convalescence trop longue, pour qu'on ne puisse les rapporter à une cause cérébrale. Ces accidents ne se sont plus reproduits depuis.

Son enfant est blond, pâle, lymphatique, la tête grosse, arrondie, les lèvres pâles, il a une très-grande faiblesse des reins, car il ne peut se relever quand il

est couché et il lui faut pour cela l'aide de la main. — Très-nerveux, très-colère, très-impressionnable, il crie beaucoup et pour rien et les accidents auxquels il est sujet et dont nous allons parler, n'ont pas peu contribué à le faire gâter par ses parents esclaves de ses moindres caprices.

Il présentait un développement ordinaire et était en bonne santé quand, il y a 14 mois, il fut atteint d'une attaque d'épilepsie indubitable. Il est tombé en avant, terrassé subitement, avec un cri guttural en devenant très-rouge — puis un peu plus tard fort pâle, projetant les bras devant lui en mâchonnant et en écumant. Voilà la crise type. —Elle dure généralement dix minutes, l'enfant n'y montrait pas de raideur dans les membres.

Après la première attaque on eut la pensée, ou pour mieux exprimer ce qui arrive généralement, tant nous sommes portés à dissimuler une vérité pénible, on eut l'espérance que des vers avaient occasionné cette crise et on eut recours aux vermifuges suivis de l'administration d'huile de ricin. Ce traitement qui, en effet, en fit rendre quelques-uns, a tous les mois été régulièrement suivi par la mère fort intelligente et fort préoccupée de l'état de son enfant. Mais cela ne l'empêcha point de tomber tous les mois et demi, et toujours le matin. Il est résulté de ces attaques, qu'on a vainement tenté d'enrayer avec le bromure de potassium, de l'affaiblissement et une grande pâleur, quoique dans l'intervalle, l'enfant mangeât assez bien et que sa nourriture fût tout à fait tonique. Son caractère est irascible et il lui est survenu, sans qu'on puisse en découvrir la cause, de la diarrhée sanguinolente. Enfin, sa démarche devint traînante, il pissa au lit et eut même dans le jour de la difficulté à retenir son urine, ce qui ne lui était pas arrivé avant son attaque.

Quand l'accès devait le prendre, les parents le reconnaissaient quelques jours à l'avance; le sommeil était agité, l'enfant était brûlant, oppressé, ses mains frémissaient, il bredouillait, s'expliquait mal, s'emportait, avait des absences, ne répondait pas aux questions qu'on lui faisait et se plaignait quand il dormait. Enfin, l'attaque éclatait, les symptômes relatés plus haut se reproduisaient, duraient dix minutes. Le malade n'en ressentait après aucune fatigue, mangeait, buvait et dormait comme à l'habitude.

Jamais ces accès, assez réguliers comme je l'ai dit, n'avaient eu lieu la nuit quand, le 19 novembre 1874, on m'envoya quérir pour la première fois à cinq heures du matin. L'enfant avait une attaque plus violente que les autres. Il était brûlant, fébrile, agité quand j'arrivai, mais cependant revenu à lui. — Pouls à 130. J'ordonne moutarde aux jambes, eau vinaigrée froide sur la tête et fais dissoudre une dragée arsénio-bromurée dans 4 cuillerées à bouche d'eau vineuse sucrée; en prendre une cuillerée toutes les heures. A 6 heures du matin, nouvelle attaque d'une violence inconnue jusque-là — la face de l'enfant devient violette, ses lèvres bleuâtres, la respiration suspendue complétement pendant quelques secondes est à peine sensible, le reste du temps; les yeux sont convulsés vers le haut de l'orbite, les dents serrées, le bras droit tendu, soutenu en l'air comme une tige de fer et sans qu'on puisse le plier, l'autre bras est sans cesse en mouvement; le pouls dépasse 140 ; — la peau est brûlante, la température R. = 41,5. — A près cinq ou six minutes de cet état convulsif, la face pâlit, les dents se desserrent, les lèvres rougissent, l'enfant pousse un long soupir, la période tétanique finit, la détente se fait, il respire longuement, l'écume vient à la bouche. Mais ce moment d'arrêt, pendant lequel l'enfant est toujours insensible, ne dure pas longtemps et après quelques minutes de repos, le ventre devient à son tour le siége de spasmes nerveux; il s'élève et s'abaisse alternativement en s'aplatissant comme un soufflet; en même temps les jambes se rétractent et les talons touchent les fesses — les pupilles sont inégales, insensibles, les lèvres et les joues sont parcourues par des frémissements, la déglutition de la cuillerée du remède ne se fait que par force en desserrant les dents et en pinçant le nez.

De 6 heures à midi, six longues attaques ou plutôt six paroxymes, car le mal ne cesse pas et les accès s'imbriquent, c'est-à-

dire que le dernier n'est pas fini quand un autre recommence. L'enfant insensible quand on le pince, ne donne signe de vie que par un cri plaintif; les parents sont au désespoir.

Je fais rapprocher les cuillerées et pendant deux heures on en donne par force à l'enfant, une toutes les demi-heures (une dragée dissoute dans 4 cuillerées d'eau vineuse), une heure après la dernière cuillerée, j'administre une granule de valérianate d'atropine, et j'attends une autre heure pour recommencer la prise des dragées. L'enfant, au bout de ce temps, est visiblement moins agité, moins frémissant, les membres et la face sont moins tourmentés par les spasmes, le pouls descend à 124 — la T à 139. A six heures du soir, j'éloigne les doses, mais trois nouveaux paroxymes, survenus à 10 heures et demie du soir, à minuit et demi et deux heures et demie et pour lesquels on m'appelle, m'obligent à revenir aux mêmes doses et dès lors toute attaque cesse.

Mais tout danger pour l'enfant n'était pas éloigné; d'aussi violentes secousses, en attaquant le centre le plus important de la vie, devaient fatalement le prostrer, l'anéantir et amener une période méningitique succédant à la période convulsive. L'enfant est calme, il est vrai, mais reste épuisé; le front, la tête, le corps sont brûlants, le pouls ne peut se compter; il dort, mais c'est bien du coma plutôt que du sommeil qu'on observe chez lui; des rougeurs fugitives montent parfois à sa figure et annoncent qu'il reste encore sous la dépendance du mal; j'observe aussi quelques taches rougeâtres sur les jambes; le remède est continué comme médication principale, à la dose de deux dragées par jour administrées de la même manière. Ne pouvant réussir à lui faire prendre par force la quantité de bouillon nécessaire à sa vie, je lui en donne en lavements avec un vin rouge; je ne néglige pas d'employer les révulsifs. Je pose un vésicatoire à la nuque et donne de l'huile de ricin pour combattre la constipation ordinaire à cet état, constipation occasionnée, je crois, par l'inertie du cerveau, et enfin après trois jours de lutte contre ce coma profond, mon petit malade reprit connaissance, mais avec quel affaiblissement! J'eus peur pour sa raison. Il ne savait plus parler, ne se souvenait de rien, regardait les personnes de la maison sans les reconnaître, bégayait... En un mot, ce fut pour la mère une éducation à refaire et cela se fit lentement sous l'influence de cette fièvre nerveuse persistant en l'absence de lésion organique, car je ne pouvais attacher d'importance sérieuse à une toux et des crachats qui dépendaient du manque de ressort et de vitalité des organes pulmonaires, plutôt que d'une lésion matérielle de l'appareil respiratoire.

Cet état d'éréthisme fébrile dura quatorze jours et ne cessa que lorsque du jus de viande, du bouillon, du coca et du café, combattant la faiblesse consécutive, eurent mis le cerveau en état de reprendre la direction des fonctions générales de l'économie.

Aujourd'hui M... est enjoué, gai, agité comme les enfants de son âge, son intelligence est assez développée — il continue à prendre une dragée et demie par jour et ce traitement, qui a sauvé son enfance d'un complet naufrage, l'a garanti de toute crise jusqu'à ce jour 26 mai.

Réflexions. — Cette observation détaillée est telle quelle, assez complète pour donner une idée fidèle de la fièvre pernicieuse épileptique ou mal épileptique de M. Delasiauve. Nous y avons reconnu deux périodes différentes l'une de l'autre, la première dite période convulsive, caractérisée par la fréquence et la violence des attaques, l'état de contracture des membres et l'abolition des facultés sensorielles. Cette période, qui généralement est de courte durée, amène quelquefois la mort, quand elle est portée à un très-haut degré. La seconde période, dite période consécutive ou méningitique, est signalée par la disparition des accès et aussi par un abattement extrême, un état de stupidité, de coma même, plus rarement par une agitation violente. Cette période qui dure souvent plus que la première, voit périr le malade si la nutrition devient impossible, et si les forces diminuent encore, c'est alors un collapsus fatal. Si, au contraire, le malade se relève, la température

s'abaisse 36°, 34°, le pouls diminue de fréquence et le malade renaît peu à peu, mais avec un abaissement momentané, quelquefois malheureusement, des facultés intellectuelles.

Aucune de ces complications, si ce n'est l'issue fatale, n'a manqué à notre malade; le réveil de son intelligence ne s'est fait que tardivement et ses forces sont restées longtemps chancelantes.

S'il est échappé du danger devons-nous en attribuer le mérite à notre médication spéciale ? Je n'oserais l'affirmer, quelque grand que soit le faible professé pour nos enfants, mon traitement ayant été (et c'est un de ses mérites) et pouvant être combiné avec un traitement adjuvant; mais en présence des exacerbations survenues chez M..., quand je diminuais sa puissance, je crois qu'il m'est permis de conseiller à mes confrères de l'employer et de leur dire, en attendant que d'autres faits donnent à ma voix plus d'autorité : « Essayez de cette arme nouvelle pour conjurer le péril dans une maladie qui fait cinq victimes sur sept. » (V. les remarquables études cliniques sur les maladies du système nerveux, par le Dr Bourneville.)

Il est cependant une assertion que je peux présenter et soutenir avec conviction, avec certitude, c'est que le traitement par les dragées arsénio-bromurées est tout-puissant pour éviter les retours offensifs du mal comitial. Mon petit malade en est débarrassé complétement depuis sept mois, preuve évidente que ce traitement a une incontestable supériorité d'action sur le bromure de potassium qui, de l'aveu de tous les observateurs, a sur les enfants épileptiques une action d'autant plus faible qu'ils sont moins avancés en âge.

Dr GÉLINEAU,
d'Aigrefeuille d'Aunis.

GYNÉCOLOGIE.

Trois cas de rétention d'urine, en rapport avec la rétroversion de l'utérus gravide.

Le 29 juin dernier, M. F... vint requérir mon assistance pour Mme F..., en proie, depuis la veille, à des douleurs de plus en violentes, en rapport présumé avec une avant-couche à trois mois de terme. Je trouvai la malade dans un paroxyme de souffrance, mais je fus bientôt fixé sur la nature du mal, qui reconnaissait, pour unique cause, une rétention d'urine.

Je pratiquai le cathétérisme, avec une courte algalie de trousse. La vessie, pour cette raison, ne put être vidée entièrement, ainsi qu'il me fut aisé d'en acquérir la preuve, quelques heures plus tard. Je n'en tirai pas moins, cependant, de 3 litres 1/2 d'urine. Pour en finir avec cette donnée, dans le cours de cette journée, je dus extraire avec une sonde, en gomme, qui put pénétrer dans les profondeurs de la vessie, environ six litres de ce liquide excrémentiel.

L'exploration vaginale et rectale, effectuée avec soin, ne tarda pas a fixer mon diagnostic.

Le col de l'utérus béant (Mme F... est secondipare) et très-allongé était dirigé un peu en avant. Le corps de l'utérus, en retro-flexion, occupait, par rapport au col, une position déclive, dans la partie inférieure et postérieure de l'excavation.

Interrogée dans ce sens, Mme F... m'apprit que, depuis trois semaines, elle éprouvait un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre. Depuis le même temps, elle ressentait des envies fréquentes d'uriner. Elle avait constaté enfin, dans ces derniers jours, avec un sentiment de vive appréhension, que *quelque chose* (pour me servir de ses propres expression) que *quelque chose lui sortait du passage*.

J'eus, tout d'abord, l'idée d'opérer aussitôt la réduction digitale du corps de l'utérus. Mais une telle manœuvre n'est pas sans déterminer d'assez vives souffrances. Elle n'est pas, non plus, sans exciter la susceptibilité de bien des femmes. Je me décidai, en conséquence, à essayer d'un moyen à la fois plus doux et moins *choking*, sauf à recourir à la réduction artificielle, si la nécessité venait à m'y contraindre.

Le lendemain matin, après un quatrième cathétérisme, je posai un simple pessaire à air en caoutchouc et à annean.

A partir de ce moment, les fonctions

de l'urination se sont rétablies. Le jour suivant, je pus m'assurer que la réduction de l'utérus était obtenue.

J'avais recommandé à Mme F... de retirer son pessaire à la première douleur, et de m'appeler aussitôt. Or, le 5 juillet, à 5 heures du matin, je fus bien mandé auprès d'elle, mais pour pratiquer l'avortement. Malgré les douleurs, très-peu intenses d'ailleurs, éveillées par le pessaire, Mme F... avait cru bon de le garder, par cette raison que le col de l'utérus se présentait à la vulve aussitôt que l'agent de contention était retiré.

Aujourd'hui, Mme F..., parfaitement remise de son accident, se dit très-heureuse du résultat obtenu.

— Ce fait m'en rappelle un autre analogue qui s'est passé dans ma pratique, il y a une dizaine d'années. Il s'agissait aussi d'un cas de rétention d'urine, occasionnée par une rétroversion de l'utérus gravide, au terme de cinq mois. Je dus, la malade étant placée *tête en bas, siége en haut*, opérer la réduction, en introduisant deux doigts dans le rectum.

L'organe avait contracté déjà de solides adhérences, qui ne purent être rompues que par le moyen d'une pression assez énergique. Ces ruptures s'accompagnèrent d'un bruit assez intense pour être perçu par tous les assistants. Les suites de cette opération furent très-heureuses pour la mère et pour son fruit.

— Je ne parlerai pas des cystocèles vaginales à l'état de vacuité. Ces déplacements sont assez fréquents. J'en ai encore recueilli un exemple, chez une dame de la province qui, ces jours derniers, est venue me demander des conseils.

Mais, puisque je suis sur ce chapitre, je crois bon de relater un fait sans précédent, je crois, dans les annales de la science.

— Il y a quelques mois, une jeune femme, âgée de 24 ans, me fut présentée par une sage-femme, dans les conditions suivantes.

Une cystocèle du volume d'une noix était apparente à la vulve. *La rétention d'urine était absolue, et comptait dix-huit mois de date.* Depuis cette époque l'urination n'est possible qu'au moyen de l'algalie. A part cette infirmité, la santé est demeurée parfaite.

Voici les renseignements commémoratifs que j'ai recueillis de la bouche de la malade et de sa sage-femme.

Mme X... était enceinte de trois mois. Soudain elle ressentit, en marchant, une violente douleur dans le bas-ventre. On la fit entrer dans une pharmacie, d'où elle fut bientôt reconduite chez elle en voiture. A partir de ce moment, la cystocèle était produite, entraînant avec elle une rétention d'urine définitive.

La grossesse suivit son cours. L'accouchement a eu une solution favorable, sans que l'affection vésicale se soit en rien modifiée.

Il est assez probable que le traitement si simple auquel j'ai eu recours chez Mme F. eut eu, chez Mme X..., des effets non moins avantageux. Mme F..., il est vrai, a eu un avortement; mais elle doit s'en prendre surtout à son imprudence. A tout prendre, du reste, ne vaut-il pas mieux en être quitte à un tel prix, que de conserver, pendant toute sa vie, une des plus pénibles infirmités dont puisse être affectée la femme ?

Jusqu'à ce jour j'ai employé, sans grand succès chez Mme X.., le pessaire à air, les injections vésicales à double courant et à grande eau. J'ai eu deux fois seulement, recours à la faradisation. La malade s'est absentée longtemps. Elle va reprendre son traitement, mais, à dire vrai, je compte peu sur tous les petits moyens, pour combattre une affection aussi enracinée.

Dr L. Hamon.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Le chloral dans les convulsions. Traduit de la *Gazeta medica de Lisboa* — avec quelques réflexions, par le Dr M. Davreux, membre de la Société. — « D'après le Dr Darin, une des propriétés les plus précieuses du chloral, et des plus constantes, est son action contre les convulsions. Depuis trois ans qu'il s'en sert, le chloral lui a de temps à autre manqué comme anesthésique ou comme somnifère, mais pas une fois comme anti-convulsif, sauf dans deux cas de tétanos traumatique qui se terminèrent en peu de jours par la mort, nonobstant les fortes doses de chloral qui furent employées. Dans les autres cas d'accidents convulsifs, le chloral a toujours été un remède héroïque ; ainsi dans les attaques épileptiformes du ramollissement cérébral, de l'alcoolisme chronique, de l'éclampsie, etc. C'est spécialemen dans les convulsions des enfants que le Dr Darin est arrivé, par des expériences répétées, à constater l'efficacité du chloral. Quand la cause qui produit l'excitation de la moelle n'est pas une maladie grave, la cure est immédiate et définitive ; et même quand la cause de l'éclampsie infantile est une affection sérieuse, comme la méningite, la scarlatine, la bronchite capillaire, le chloral fait encore cesser les mouvements convulsifs.

La formule ordinaire est la suivante : hydrate de chloral 6 grammes, essence de menthe poivrée, 1 goutte; sirop simple, 100 grammes.

On donne de cette potion une cuillerée à soupe chez les adultes, une cuillerée à café aux enfants de moins de deux ans, de 1/2 en 1/2 heure de 1/4 en 1/4 d'heure dans les cas urgents jusqu'à ce que les mouvements convulsifs aient cessé.

Chez les adultes, le Dr Darin conseille, quand il s'agit d'obtenir des effets sédatifs ou le sommeil, d'ajouter à cette potion 5 centigrammes de sulfate de morphine.

M. Dayreux fait suivre ce court article de quelques réflexions, dont nous allons reproduire les points les plus saillants.

« Dans tous les cas dont je veux parler, le chloral diminue ou abolit presque immédiatement les grandes attaques convulsives ; les accidents, quand ils ne sont pas supprimés complétement, se réduisent à peu de chose : on n'observe plus guère que de petits mouvements désordonnés ; en un mot, la sédation générale est incomparablement plus prononcée qu'après l'emploi des autres antispasmodiques, belladone, asa-fœtida, valérfane, bromure potassique, etc. ; et, pour tout dire, j'affirme que, en présence du chloral dont l'action sédative sur l'encéphale est bien caractérisée et exempte de dangers, quand on sait manier ce médicament, j'affirme que, sauf dans certains cas de congestion très-intense, il y a lieu d'abandonner ici les émissions sanguines.

Le mois qui vient de s'écouler m'a fourni deux nouveaux faits très-probants. Dans le premier cas, il s'agit du fils d'un banquier, enfant de 6 ans, qui eut deux grandes attaques d'éclampsie déterminées par des troubles digestifs dus à des ascarides. Les accidents furent immédiatement apaisés ; mais, vu la persistance de la tendance convulsive, nous tînmes le petit malade, pendant deux fois 24 heures, sous l'influence du chloral donné en lavement.

Le second fait est peut-être plus significatif encore. C'était un jeune garçon de 11 1/2 ans qui fit une terrible chute de cheval. Commotion cérébrale, puis, après cessation de celle-ci, symptômes, pouvant faire croire à une contusion du cerveau, douleur fixe, somnolence, attaques épileptiformes, etc. ; le chloral eut de suite raison de la plupart de ces symptômes. Nous le continuâmes pendant deux jours, et tout fut dit.

Je ne multiplierai pas les cas semblables, et j'arrive au mode d'administration. D'après tout ce que j'ai pu voir, on n'em-

ploie guère, dans la pratique courante, que les potions ou le sirop de chloral. Je veux insister simplement sur l'administration en lavement. Dans le cas qui nous occupe, c'est de beaucoup le meilleur procédé d'administration, c'est parfois même le seul applicable, les petits malades atteints d'éclampsie ayant perdu connaissance et la déglutition ne pouvant se faire à cause de la paralysie.

Je n'ai pas besoin de dire que le lavement, pour être retenu, doit être d'un petit volume. D'ordinaire, je donne dans la journée 4 à 6 lavements à l'eau de gomme ou de graines de lin (30 à 60 grammes de véhicule) contenant chacun, suivant l'âge de l'enfant, 10 à 30 centigrammes de chloral et plus. Chez des enfants en bas âge (6 mois, par exemple), je me suis déjà borné à employer 25 centigrammes de chloral en deux ou trois lavements rapprochés. J'ai vu ainsi plusieurs fois cesser les convulsions de la première dentition.

Un autre point, dont je voudrais encore dire un mot, est l'association de la morphine et du chloral. Disons d'abord que cela ne se fait guère que lorsque le médicament est donné par la voie gastrique.

Cette association a été indiquée dès 1869, par M. Jastrowitz, qui a trouvé qu'il y avait avantage, dans beaucoup de cas, à employer simultanément le chloral et la morphine.

Il ajoute ordinairement alors « 1 décigramme d'hydrochlorate de morphine à une potion composée de décoction d'althæa, 160 grammes; chloral, 10 grammes, et édulcorée avec l'extrait de réglisse. »

Ce point de départ a été un peu oublié : au nom de M. Jastrowitz, on a, depuis, substitué d'autres noms. Il faut avouer, à la vérité, que les doses indiquées par cet auteur ont pu contribuer à ce résultat. Les praticiens, qui connaissent la morphine, et à qui l'on présentait 10 centigrammes dans une potion, se sont mis en garde contre le chloral, qu'ils ne connaissaient pas alors.... ni à la dose de 10 grammes, ni autrement.

Quoi qu'il en soit, cette association est bonne, avantageuse même. Je ne veux pas spécifier les problèmes thérapeutiques auxquels elle est applicable, mais je dois dire que physiologiquement on ne peut que s'en louer; par elle, en effet, se trouve le plus souvent supprimée cette courte période d'excitation que l'on observe d'ordinaire au début de l'administration du chloral et que tous les praticiens connaissent.

Ce résultat important est obtenu aisément au moyen de doses modérées ; ainsi la potion : eau distillée, 150 grammes; chloral, 2 à 4 grammes; sirop de morphine, 30 à 50 grammes. Est plus que suffisante pour obtenir du chloral des effets modérés, ceux que l'on recherche habituellement dans la pratique, sans que le malade ait à passer d'abord par les phénomènes d'excitation dont je viens de parler.

Qu'on me pardonne si je suis encore revenu sur le compte de ce médicament, c'est que je le considère comme *un des plus puissants de la matière médicale*. Or, je n'ai que trop de preuves que beaucoup de praticiens sont à cet endroit, ou trop timides ou attardés. »

(*Ann. de la Soc. méd. chirurg. de Liége*).

Mort subite pendant l'opération de la thoracentèse. — M. Besnier, considérant comme un devoir pour le médecin de livrer à la publicité les cas malheureux qui lui sont échus, toutes les fois qu'il en peut être déduit quelque donnée utile, communique à la Société médicale des hôpitaux, un cas de mort subite survenue immédiatement après la ponction de la poitrine pour un épanchement thoracique grave.

Il s'agit d'une dame, âgée de quarante-trois ans, qui, dans les premiers jours du mois, fut atteinte d'une douleur intense à la base du thorax, du côté droit, sans expectoration, avec fièvre, et avec des phénomènes généraux graves. Le docteur Matry, le médecin traitant de cette malade, porte dès le début un pronostic fâcheux. Le 9, le docteur Dupouy, qui voit la malade en l'absence de M. Matry, constate tous les signes d'un épanchement pleurétique à droite. Les phénomènes vont en s'aggravant. Le 19, M. Besnier

est appelé en consultation et constate, avec les docteurs Dupouy et Matry, tous les signes d'un épanchement pleurétique aigu, abondant ; il n'y a pas de lésion cardiaque; l'état général est mauvais.

Toutefois, ces messieurs s'accordent à faire des réserves sur la nature du liquide et sur l'issue définitive de la maladie. La journée du lendemain est mauvaise ; le 21, la thoracentèse est décidée et aussitôt pratiquée dans le but de parer aux accidents immédiats qui peuvent survenir et d'amener quelque soulagement à la malade. Toutes les précautions possibles avaient été prises pour l'opération. M. Besnier s'était assuré que la respiration se faisait bien dans le poumon sain, que le cœur fonctionnait régulièrement. La malade était presque complétement assise sur son lit Elle accuse une assez vive sensibilité à la pression du doigt cherchant l'espace intercostal à travers une paroi adipeuse très-épaisse ; cependant elle ne fait aucune plainte au moment de la pénétration du trocart n° 2 de l'appareil Mathieu.

Le liquide n'apparaît qu'après quelques secondes et après la désobstruction de la canule ; on voit sortir alors un liquide sanieux d'une horrible fétidité. Quelques minutes à peine se sont écoulées, trois ou quatre cents grammes de liquide tout au plus se trouvent dans le flacon récepteur ; la malade est dans une complète immobilité ; la face est très-pâle; plus de mouvements respiratoires, plus de pouls, plus de battements cardiaques. Des flagellations énergiques pratiquées avec des serviettes trempées dans l'eau froide, l'application du marteau de Mayor, toutes les tentatives possibles restent sans effet ; la mort est indubitable, irrémissible M. Besnier renonce à dépeindre la cruelle situation du médecin en pareil cas.

La mort, dans ce cas, a donc été subite dans toute l'acception du mot. Il est un certain nombre de pleurétiques qui succombent ainsi, on pourrait donc se demander si, dans ce cas exceptionnellement malheureux, il n'y a pas eu simple coïncidence entre la ponction et la syncope. Mais telle n'est pas l'opinion de M. Besnier. Dans certaines conditions que la physiologie expérimentale a précisées, la douleur seule produite par la ponction donne lieu à un arrêt du cœur qui peut devenir définitif. Chez les sujets affaiblis et fortement déprimés, les causes les plus légères peuvent amener une syncope mortelle, qu'il y ait ou non altération anatomique de la fibre musculaire du cœur. M. Besnier rappelle à ce sujet les expériences très-concluantes de MM. Cl. Bernard, Chossat et Tarchanof sur l'arrêt du cœur ainsi produit chez les animaux par une excitation quelconque très-légère.

Or, pendant l'opération de la thoracentèse, une irritation manifeste est produite sur une région qui est le siége d'une hyperesthésie parfois très-positive, et il ne serait pas impossible, dans certains cas de débilité nerveuse exceptionnelle, que cette irritation pût devenir le point de départ d'un arrêt devenant mortel par suite de l'affaiblissement extrême de l'opéré. C'est la seule explication applicable aux cas de syncope produits par la ponction des kystes abdominaux. Mais pour le thorax, les raisons en sont plus nombreuses encore.

La syncope est donc une éventualité avec laquelle il faut compter pendant la thoracentèse chez les sujets déprimés; le cœur peut s'arrêter définitivement dans ces conditions ; il faut donc se mettre en mesure, en pareil cas, de tenter l'application des agents les plus énergiques, en particulier des courants continus.

Bien que, dans ce cas, le diagnostic n'ait pu être confirmé par l'autopsie, il est hors de doute pour M. Besnier que la malade était atteinte d'une pleurésie gangréneuse du liquide évacué, la gravité de l'état général dès le début, l'atteinte portée à la vitalité du système nerveux en témoignent suffisamment ; et il s'agissait d'une pleurésie gangréneuse proprement dite et non pas seulement d'une gangrène de la plèvre consécutive à une lésion pulmonaire simple ou gangréneuse.

M. Besnier émet quelques considérations sur cette affection encore peu étudiée et peu connue. On a bien constaté l'extrême fétidité de certains épanchements purulents sans en chercher d'autre

explication que l'action de l'air sur le liquide épanché. M. Besnier s'est livré à un grand nombre de recherches sur ce sujet, et conclut ainsi :

Il existe une forme de pleurésie qu'il y a lieu d'étudier et de décrire à part, à cause des symptômes particuliers qui l'accompagnent, de la fétidité horrible que présente d'emblée le liquide épanché dans la plèvre et des lésions anatomiques gangréneuses qui lui sont propres. Cette forme de pleurésie, exceptionnellement grave, a une symptomatologie particulière, une anatomie pathologie propre et réclame des procédés thérapeutiques spéciaux. Il y a lieu d'en décrire deux variétés principales, l'une, la pleurésie gangréneuse primitive, l'autre la pleurésie gangréneuse secondaire à la lésion du parenchyme pulmonaire; la première paraît moins fréquente, mais plus grave. M. Besnier en appelle à l'observation ultérieure pour éclairer les différents points. (*Gazette des hôpitaux.*)

L'iode comme remède contre les vomissements par le Dr Caspari de Meinberg. (*Deutsche Klinik*, 1874, n° 9). — On a essayé d'un grand nombre de remèdes contre les vomissements de la grossesse, l'oxalate de cérium, la créosote, le sous-nitrate de bismuth, le calomel à hautes doses, la glace à l'intérieur et à l'extérieur ; mais le Dr Lingard a trouvé qu'ils étaient tous surpassés par l'iode qu'il prescrit de la manière suivante : Teinture d'iode, 4,00; iodure de potassium, 6,00; eau distillée, 120,00, potion dont la malade prend trois fois par jour une cuillerée à bouche dans un verre d'eau sucrée : il croit avoir découvert par là un remède qui rendra superflu l'avortement médical.

Il y a plusieurs années que le Dr Bierbaum a eu les meilleurs résultats de la teinture d'iode dans les cas de typhlite stercorale, où les purgatifs sont toujours vomis et doivent être mis de côté tant que le vomissement n'a pas été arrêté. Il cite un cas presque désespéré de ce genre, et l'iode fit rapidement cesser les vomissements incoercibles et les épouvantables douleurs abdominales. Son fils a vu une guérison semblable.

Mais c'est Rademacher qui a reconnu le premier cette propriété qu'a l'iode d'arrêter les vomissements. L'iode, dit-il, est à mon avis un des meilleurs et des plus sûrs moyens pour arrêter le vomissement ; la teinture simple à la dose de 30 gouttes, mêlée à 8 once (250 grammes) d'eau et 13 décigr. de gomme adragant, le calme, quand on en fait prendre une cuillerée d'heure en heure, etc. » Se basant sur les assertions de cet original praticien de Gooch, l'auteur a employé depuis près de 30 ans l'iode dans les cas de vomissements opiniâtres et en a souvent obtenu de bons résultats, quand les narcotiques et les autres médicaments recommandés contre ce symptôme avaient échoué. La teinture d'iode n'est pas infaillible, mais elle mérite pourtant d'être vivement recommandée. Ici, comme dans d'autres cas, on a profité d'une donnée thérapeutique de Rademacher, sans rappeler qu'il avait le droit de réclamer la priorité.

Du tamponnement du larynx pour préparer à la résection du maxillaire supérieur, par M. J. Heiberg (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1873, n° 6.) — Le professeur Schœnborn, à la clinique duquel cette observation est empruntée, a précédemment pratiqué sept fois le tamponnement en question pour des opérations analogues (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1871, n° 9.) Un malade âgé de 36 ans avait à la joue gauche une tumeur de la taille d'une pomme, qui refoulait le nez et le globe oculaire, et adhérait fortement sur toute son étendue avec l'os et faisait faire à la moitié gauche du palais postérieur une forte voussure. Le professeur Schœnborn ayant fait chloroformer le malade, lui pratiqua la trachéotomie, introduisit par la plaie trachéale dans le sens de la glosse, un tampon muni d'un fil, puis plaça une canule par laquelle, au moyen d'un instrument en entonnoir inventé par Frendlenburg, il put continuer à tenir son opéré sous l'influence du chloroforme. La

résection du maxillaire qui suivit donna une forte hémorrhagie, et malgré le tampon de charpie, du sang s'introduisait dans la trachée pour être rejeté par la canule; l'opérateur, après avoir nettoyé la bouche du sang, introduisit plusieurs tampons d'ouate derrière la langue, tamponnant ainsi la ouate depuis le haut, moment depuis lequel il ne coula plus de sang dans la trachée. La canule fut enlevée 24 heures après l'opération, la plaie faite pour la résection se cicatrisa par première intention et au bout de 20 jours on congédiait ce malade guéri. La tumeur se trouve être un carcinome médullaire avec dégénérescence hyaline du stroma,

---

BIBLIOGRAPHIE.

—

De la métrite puerpérale.

Par le Dr. Ursulesco, de Bucharest.

Le travail de M. Ursulesco, que nous avons à analyser, est une des bonnes monographies que nous connaissions sur la métrite puerpérale. Nous aurions désiré suivre l'auteur dans toutes les parties de son œuvre, mais le peu d'espace dont nous pouvons disposer ne nous permet d'attirer l'attention que sur les points les plus saillants.

Contrairement à l'opinion de quelques gynécologues autorisés, au premier rang desquels se trouve le professeur Courty, notre jeune confrère, s'appuyant, sans doute, sur la haute autorité de ses anciens maîtres, établit une distinction entre la métrite puerpérale et la métrite ordinaire. La première se distingue de la seconde par sa tendance marquée à la suppuration. Par contre, cette dernière a plus de disposition à passer à l'état chronique, et n'aboutit que par exception à la terminaison funeste. Sans parler des différences qui distinguent les deux affections, pour ce qui a trait aux symptômes, aux causes, à la marche, aux complications, nous verrions déjà, dans ces conditions particulières, des motifs suffisants pour maintenir la division restée classique.

Au point de vue de l'anatomie pathologique nous nous bornerons à reproduire les conclusions de notre auteur.

« Nous pouvons dire, écrit M. Ursulesco, que l'inflammation poursuit dans l'utérus, après l'accouchement, ses diverses périodes comme dans les autres tissus; que la suppuration est la forme que l'on retrouve le plus souvent dans la métrite puerpérale, et qu'enfin la lésion débute par l'invasion de la muqueuse, pour atteindre ensuite le parenchyme, en passant ou non par la phlébite des vaisseaux de la matrice. »

L'étiologie de l'empoisonnement puerpéral soulève une question aujourd'hui grosse d'orages. On a justement accusé l'atmosphère nosocomiale de donner lieu à une mortalité effrayante chez les nouvelles accouchées. Entre autres documents, M. Trelat a relevé un chiffre de 38 décès sur 100 accouchements terminés artificiellement dans les hôpitaux, c'est-à-dire par les mains des acoucheurs les plus habiles. Ces résultats sont loin d'être rassurants. Bien différents sont ceux qui sont obtenus en ville, et surtout à la campagne, où les opérations les plus ma faites, les pratiques les plus intempestives n'entraînent après elles, que par exception, une conséquence funeste.

Si encore le fléau puerpéral ne dépassait pas la fatale enceinte des maternités! Mais il est aujourd'hui avéré que les accoucheurs des hôpitaux sont, en quelque sorte, imprégnés de ce germe de mort, qu'ils vont au loin transmettre à leurs accouchées, quelques précautions qu'ils s'efforcent de prendre pour s'en débarrasser. Des faits nombreux et authentiques, que tel n'est par le lieu de rélater, mettent ce mode de transmission hors de toute contestation. L'an dernier Verrier, notamment, en a cité quelques exemples dans la *Gazette obstetricale*.

Tel a été le point de départ d'une campagne entreprise, par un médecin distingué et philanthrope, le Dr Passant, contre la pratique hospitalière, à laquelle il voudrait, avec raison, voir substituer en principe le *traitement des*

pauvres à domicile. La Société des médecins du bureau de bienfaisance est saisie de cette question, à laquelle M. Passant a eu le talent de gagner déjà de nombreux adhérents.

Mais poursuivons notre analyse.

La longueur du travail a toujours été regardée comme une cause prédisposante de premier ordre à l'inflammation puerpérale. D'après une statistique du Dr Lasserre, pour un travail durant moins de 6 heures, sur 845 accouchements, il y a eu 19 décès : soit 1 sur 44 1/2. D'après M. Guyon, sur 296 accouchements, après un travail de 18 heures, il y a eu 54 décès, soit 1 sur 8 1/2.

Nous donnons en ce moment nos soins à une jeune dame, accouchée, il y a six mois, après *neuf heures de grandes douleurs*. Il eût été aisé de terminer le travail le matin dès 7 heures. L'accoucheur a cru bon d'attendre sa solution naturelle, qui n'a eu lieu qu'à 4 heures du soir. Il s'agissait d'un sujet nerveux et de constitution délicate. Les conséquences de ces délais ont été déplorables. Il est survenu des abcès phlegmoneux à répétition, qui ont cloué, durant de longs mois, la malheureuse femme sur sa couche de douleur. Sous l'influence d'un traitement fort simple, sur le compte duquel nous aurons à revenir en son temps, nous avons été assez heureux pour obtenir un soulagement presque inespéré qui, nous l'espérons, aboutira bientôt à la guérison.

Est-il besoin de le faire observer ? Ces tristes effets ne se produisent, à la suite d'un travail prolongé, qu'à la condition d'un état constitutionnel prédisposant. Chez les sujets délicats et nerveux, on ne doit pas moins poser en principe d'intervenir de bonne heure.

Bornons-nous à rappeler, comme causes immédiates de la métrite puerpérale, la déchirure profonde du col de l'utérus. Selon M. Willemin, la lésion de la commissure gauche serait un fait à peu près constant, quoique méconnu des accoucheurs. Cette lésion, lorsqu'elle dépasse les limites ordinaires, persiste souvent 15 jours après l'accouchement. Un tel traumatisme, on le comprend, ne saurait être d'une entière innocuité.

L'accouchement prématuré artificiel a aussi une part considérable dans le développement de la phlegmasie utérine. D'après un relevé de Riecke, la mortalité a été de 1 sur 346, dans l'accouchement naturel : elle s'est élevée à 1 sur 12 1/2 dans l'accouchement artificiel.

Le défaut d'espace nous contraint de passer sous silence les chapitres, fort bien faits, consacrés aux symptômes, au diagnostic, à la marche, au pronostic de la maladie puerpérale. Arrivons de suite au traitement, question toujours capitale en matière de médecine pratique.

Au point de vue de la prophylaxie, une indication capitale se dégage de l'observation des faits. D'après les relevés officiels, *dans la pratique nosocomiale, on a à enregistrer la mort de 4 à 5 femmes en couches sur 100. Dans l'accouchement à domicile, la proportion des morts s'abaisse à 0,50 pour 100*. Ces chiffres ont une telle éloquence, qu'il devient superflu de discuter sur ce point.

L'humanité commande de n'envoyer à l'hôpital que les femme qui, pour des raisons majeures, ne peuvent être accouchées en ville. De sages mesures ont déjà été prises, à cet endroit, par l'administration, qui place un certain nombre d'indigentes chez des sages-femmes, pour y faire leurs couches. Il serait à désirer qu'un tel mode fût érigé en principe. Mais, il ne faut pas se le dissimuler, un semblable projet ne saurait être qu'une utopie. Les Anglais, il est vrai, ont fait en ce sens, un pas en avant. Dans les hôpitaux, un accoucheur de garde se tient constamment à la disposition du public. Il est aidé, dans cette tâche, par un nombre suffisant d'assistants. Nous ne voyons pas pourquoi ce système ne serait pas accepté et mis chez nous en pratique. Si l'on considère que l'état puerpéral est devenu, en quelque sorte, permanent dans nos maternités, cette réforme serait un véritable bienfait pour les classes nécessiteuses. Mais, chez la *grande nation*, le progrès ne marche pas si vite.....

Nous ne suivrons pas l'auteur sur le

chapitre, consacré au traitement curatif. Un seul mode mérite d'attirer un instant notre attention. Nous voulons parler des injections intra-utérines.

Dans ces dernières années, il s'est fait quelque bruit autour de cet agent thérapeutique, dont feu Avrard s'était fait un *grand cheval de bataille*, dans le traitement des affections utérines. Il avait, à ce propos, réinventé la sonde à double courant, dont il abusait de la plus étrange façon. L'expérience a fait table rase d'un agent qui a occasionné la mort d'un certain nombre de femmes, dans l'état de vacuité. Il n'a pu prévaloir que dans les cas qui nous occupent, où son indication est formelle, et son emploi sans danger, lorsqu'il est mis en œuvre d'une façon convenable.

M. Ursulesco, toutefois, se prononce contre ce moyen, qu'il considère comme étant dangereux par lui-même, et par les manœuvres qu'il comporte.

Les injections intra-utérines n'ont jamais, à notre connaissance, occasionné la mort, lorsqu'elles ont été pratiquées quelques jours après l'accouchement.

A cette époque, la turgescence des parties a pour effet à peu près certain de produire l'obturation des trompes, et de s'opposer à la pénétration de tout liquide dans la cavité abdominale. Ces injections, du reste, ne doivent jamais être poussées avec violence. Il convient de ne jamais employer d'irrigateur à ressort pour les effectuer. Le liquide doit être lentement injecté afin d'éviter la distension de l'utérus, et de faciliter le reflux de ce même liquide.

Quant à la sonde à double courant métallique, dont notre jeune confrère, non sans raison, redoute l'action vulnérante, elle doit, selon nous, être proscrite de la pratique. Le conduit efférent est tout à fait inutile, dans tous les cas où le méat utérin est suffisamment perméable, et ces cas sont les seuls dans lesquels nous voudrions faire usage des injections intra-utérines. Un certain nombre de fois nous avons eu recours, dans ces circonstances, à la sonde d'Avrard. Or, nous avons toujours constaté que le canal efférent de l'algalie ne ramenait qu'une quantité insignifiante du liquide injecté, qui revenait à flots au travers de l'orifice cervical assez largement ouvert.

Nous n'admettons pas davantage l'emploi des sondes métalliques rigides, avec lesquelles on court toujours risque de léser l'utérus. Nous avons pour constant de recourir aux algalies en gomme élastique ou en caoutchouc, qui n'exposent pas à la production de semblables lésions. On doit les choisir assez fines pour laisser un large espace autour d'elles, dans l'orifice cervical, pour le libre retour du liquide injecté.

L'injection doit aussi être poussée lentement, au moyen de la vulgaire seringue, qui constitue, dans l'espèce, l'instrument le plus sûr.

Ainsi pratiquées, les irrigations intra-utérines constituent le mode de traitement le plus rationnel et le plus efficace de la métrite puerpérale prise à son début.

Lorsque cette affection est passée à l'état chronique, on peut lui substituer avec avantage les simples irrigations utéro-vaginales à grande eau.

Tel a été le principal modificateur dont nous avons fait usage chez la jeune malade dont nous avons, en quelques mots, tracé plus haut la triste histoire!

Dans l'état puerpéral, les irrigations intra-utérines nous semblent préférables. Malheureusement, elles ne peuvent être effectuées que par la main même de l'accoucheur.

De là une difficulté réelle qui, dans le plus grand nombre des cas, contraint ce dernier à renoncer à l'emploi de ce précieux mode. C'est alors que, faute de pouvoir mieux faire, l'homme de l'art est bien contraint de se contenter d'un moyen terme. Il faut alors recourir trois ou quatre fois par jour, s'il y a lieu, aux injections vagino-utérines, que l'on peut additionner avec avantage, d'une substance désinfectante telle, par exemple, que le permanganate de potasse, dans les proportions de un millième.

Pour clore cette rapide analyse, adressons à notre jeune confrère des éloges mérités, pour la façon remarquable dont il a su s'acquitter de sa tâche. Puisse cet heu-

reux début l'engager à persévérer dans la voie du travail. C'est un honneur pour la science Française, d'envoyer en de lointaines contrées, des praticiens dont le mérite est le meilleur gage de l'excellence de l'instruction puisée au sein de nos écoles.

Dr L. Hamon.

Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, par M. Tillaux (1).

Commençons par donner un juste tribut d'éloges à l'intelligent éditeur qui n'a rien négligé pour présenter, sous la forme la plus attrayante, le bel ouvrage de M. Tillaux.

Le luxe en toutes choses est devenu, de nos jours, un véritable besoin. La librairie a dû suivre le courant qui nous entraîne. A dire vrai, le lecteur ne s'en trouve pas plus mal. On lit avec plus de plaisir et de fruit une édition soignée, illustrée de belles et nombreuses figures explicatives, qui permettent au premier coup d'œil de saisir les descriptions de l'auteur.

A ce point de vue, le livre de M. Tillaux ne laisse rien à désirer. Beau format, beau papier, caractères neufs, figures schématiques nombreuses, démonstrations rendues plus saisissantes par l'emploi des couleurs, rien, en un mot, quant à la forme, n'a été négligé pour assurer le succès de cet important ouvrage.

Quant au fond, le nom de l'auteur est assez recommandable, pour que nous nous considérions comme dispensé de faire de son livre un long éloge. Il ne s'agit, du reste, pour l'instant, que du premier fascicule. Lorsque les deux autres, qui doivent compléter ce traité, auront été publiés à leur tour, il nous sera plus facile de donner notre appréciation sur l'ensemble de ce bel ouvrage.

Donnons seulement une idée de cette première partie du *Traité d'anatomie topographique* de M. Tillaux.

Ainsi que nous l'apprend le chirurgien de Lariboisière, cet ouvrage est la reproduction des leçons qu'il a faites, depuis plusieurs années, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris. Les détails d'anatomie descriptive y tiennent peu de place. Par contre, les parties dont la notion est indispensable à la pratique chirurgicale, y sont mises en relief et développées avec le plus grand soin.

L'intelligence du texte est facilitée par de beaux et nombreux dessins originaux. La plupart des régions sont représentées par des coupes pratiquées dans différentes directions. Nous avons beaucoup remarqué entre autres les chapitres consacrés à l'anatomie de l'oreille, de l'œil et des fosses nasales. Nous signalons, d'une façon spéciale à l'attention du lecteur les judicieux conseils de M. Tillaux relatifs à l'extraction des corps étrangers de l'oreille. Après avoir signalé les dangers des manœuvres auxquelles se livrent la plupart des praticiens, l'habile chirurgien s'efforce de tracer la conduite la plus rationnelle à suivre : « Il est, ajoute-t-il, mille fois préférable pour le malade d'abandonner le corps étranger à lui-même, plutôt que d'en tenter aveuglement l'extraction. » Nous sommes entièrement de son avis. *Primo non nocere.*

Cette première section de l'ouvrage de M. Tillaux n'a trait qu'à l'anatomie topographique de la tête.

Le 2e fascicule, qui est sous presse, contiendra le cou, les membres supérieurs et le thorax.

Dans le 3e fascicule seront décrits l'abdomen, le bassin et les membres inférieurs.

Espérons que l'accueil favorable, qui ne saurait manquer d'être fait à cette première partie, sera pour l'auteur, ainsi que pour son éditeur, un encouragement grâce auquel il nous sera bientôt donné de posséder dans son entier ce bel ouvrage.

---

(1) Prix du premier fascicule, 7 fr. 50. A Paris, chez P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 juin 1875.
Présidence de M. Gosselin.

Elections. — l'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre correspondant. La Commission propose.

En première ligne, M. Jacquez (de Lure); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Berchon (de Pauillac), Burdel (de Vierzon), Dechaux (de Montluçon), Willemin (de Vichy).

Au premier tour de scrutin, le nombre étant de 67, dont la majorité est 34, M. Burdel obtient 15 suffrages, M. Jacquez 13, M. Berchon 11, MM. Dechaux et Raimbert chacun 9, M. Willemin 7.

Au deuxième tour, le nombre des votants étant de 62, dont la majorité est 32, M. Burdel obtient 35 suffrages, M. Berchon 12, M. Jacquez 8, MM. Raimbert et Willemin chacun 3, M. Dechaux, 1.

En conséquence, M. Burdel, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant de l'Académie.

M. Giraud-Teulon termine la lecture de son mémoire sur les *troubles de la vision dans leurs rapports avec le service militaire.*

Choléra (discussion). — M. Tholozan, de retour de Perse et présent à la séance, s'attache à traiter de la genèse du choléra dans l'Inde et de son mode d'origine.

Il rappelle que dès 1870, dans une brochure intitulée : *Origine nouvelle du choléra asiatique*, recherchant le lieu d'émergence des cinq grandes épidémies qui ont envahi toute l'Europe, il n'en a pas trouvé une seule qui vînt directement de l'Inde. Deux de ces épidémies avaient eu leur point d'émergence en Europe, deux en Perse et une en Arabie. Il était ainsi démontré, contrairement à l'opinion régnante, que le choléra indien était loin d'être stérile sur notre continent.

Mais y a-t-il lieu de distinguer, comme on le fait, des épidémies d'origine primitive et d'autres d'origine secondaire, en considérant comme secondaires toutes celles qui n'ont pas pris naissance dans l'Inde ? M. Tholozan ne voit pas pourquoi on ferait de l'Inde, dans l'état actuel de la pathologie, un pays à part aujourd'hui ; pourquoi on la doterait de la faculté de production perpétuelle des germes, quand on trouve dans la chaîne non interrompue de ses cas de choléra une raison suffisante pour expliquer les récidives sans nombre de la maladie, et, dans la longue continuation de l'épidémie, la raison d'être des épidémies successives. Si l'on admet que les germes cholériques sont créés dans l'Inde chaque année, ou à chaque grande épidémie, *ab ovo*, on s'expose aux objections suivantes :

1° Pourquoi cette dérogation à la théorie générale des germes morbides spécifiques?

2° Si les germes étaient créés à chaque grande épidémie dans l'Inde, l'incubation n'existerait donc pas ? elle serait un mythe! Pourquoi l'admettre en Europe pour expliquer les petites et les grandes épidémies, comme celles de 1852-1856 et de 1865-1873 qui ont eu leur début sur notre continent ?

Une fois, au contraire, qu'on aurait adopté l'opinion, beaucoup plus probable, de M. Tholozan, reconnaissant que les germes cholériques dans l'Inde sont comme ceux de la scarlatine, de la variole, de la fièvre typhoïde, de la rougeole, et qu'ils ne sont pas créés de toute pièce à chaque nouvelle épidémie, alors la classification des épidémies cholériques sera grandement simplifiée, toutes les discussions interminables sur l'origine *primitive* ou *secondaire* des épidémies cesseront, et le dénombrement de ces grands phénomènes pourra se faire d'une manière rationnelle et régulière.

Tous les arguments dont on s'est servi pour prouver que les épidémies de choléra

ne sont jamais primitives en Europe, on peut s'en servir également pour établir que le fléau ne naît jamais spontanément en Inde, de nos jours du moins, que jamais il n'y est réellement primitif, que toujours les épidémies y ont été précédées d'autres épidémies auxquelles elles se rattachent par des cas isolés ou par des périodes d'incubation. Et, en effet, après plus d'un demi-siècle d'observation, après les immenses documents rassemblés par le gouvernement anglais, documents que M. Tholozan a pu consulter dans leur ensemble, grâce à la bienveillante attention de la commission sanitaire de l'Inde, qui les a mis tous à sa disposition en 1873, malgré cette magnifique enquête si patiemment et si savamment poursuivie, il est encore douteux qu'il y ait actuellement dans l'Inde des épidémies primitives à distinguer d'autres épidémies simplement secondaires.

On pourrait donc, avec autant d'apparence de vérité, affirmer de l'Inde ce que la conférence internationale de Constantinople affirmait de l'Europe, en ces termes : « Jamais on n'a vu une épidémie de choléra développée *primitivement* sur un point quelconque de l'Europe devenir l'origine, le foyer propagateur d'une épidémie envahissante. »

Voici comment on pourrait expliquer la genèse du choléra :

A une époque très-reculée de l'histoire, certaines parties de l'Inde seraient devenues le centre d'une ou de plusieurs petites épidémies, ou bien d'une endémie cholérique, dont on ne connaît pas la cause précise ; les germes déposés dans l'Inde s'y seraient perpétués par revivification après des incubations plus ou moins longues, comme les germes des maladies zymotiques dans nos pays. A certains moments, des épidémies, dépassant les limites ordinaires du fléau, l'auraient porté au loin, quelquefois dans le monde entier, et en auraient disséminé les germes.

Ces germes, soit dans l'Inde, soit dans d'autres contrées, parfois stériles, laisseraient périr avec eux la cause du mal; quelquefois fertiles, ils créeraient des foyers propagateurs : en Perse, en Arabie, en Europe, aussi bien que sur les bords du Gange.

Le choléra peut dormir quelque temps. M. Briquet a prétendu que ces périodes de sommeil coïncidaient toujours avec l'hiver ; mais ce n'est pas exact. Dans le cœur de l'Asie, à Samarcande, dans les pays très-chauds et très-secs, les intervalles d'apaisement des épidémies cholériques ont lieu plutôt durant l'été.

Quant aux mesures sanitaires à prendre contre le choléra, M. Tholozan n'en parle pas, ne croyant pas que, dans un sujet purement scientifique, on puisse avec avantage faire intervenir la pratique. Ces mesures sont toujours bonnes à prendre dans le doute. Mais la doctrine devrait toujours rester en dehors des préoccupations utilitaires. La science doit avoir la vérité pour seul objectif. M. Tholozan, reconnaissant combien les deux congrès de Constantinople et de Vienne ont influé sur l'opinion, s'attache à montrer que néanmoins un grand nombre d'auteurs sont restés convaincus de la perpétuité du germe cholérique, à la suite des épidémies dans les pays envahis par elles. Il discute et repousse la théorie de M. Chauffard qui veut distinguer entre le choléra sporadique et le choléra asiatique, réservant pour ce dernier l'hypothèse de germes spécifiques, capables de se propager. Cette hypothèse, suivant lui, imaginée pour les besoins de la cause, ne suffirait pas, puisqu'on est toujours obligé de recourir à l'influence épidémique pour expliquer la diversité des phénomènes. Il faut bien admettre une force, une inconnue, jusqu'à présent incompréhensible, qui préside aux constitutions médicales.

Séance du 29 juin.

Présidence de M. Gosselin.

M. le Président annonce à l'Académie que le *prix triennal de 3,000 fr.* fondé par madame veuve Huguier, sera décerné pour la première fois à la séance annuelle de 1875. D'après les volontés de la donatrice, il ne pourra être partagé et sera donné au meilleur ouvrage traitant

des *maladies des femmes*. Il n'est point nécessaire de faire acte de candidature, les mémoires étrangers seuls sont exclus. En cas de manque de travaux dignes sur les maladies des femmes, le prix pourra être partagé entre les meilleurs ouvrages de chirurgie.

— M. Riccord, délégué pour représenter l'Académie aux obsèques de M. Demarquay, à Longueval (Somme), lit d'une voix émue le discours d'adieu qu'il y a prononcé. (Applaudissements.)

M. le Président. Bien que l'Académie ne le sache pas encore officiellement, il est certain que M. Demarquay lui a légué une somme importante. Sur la proposition de M. Devilliers, et pour honorer la mémoire d'un bienfaiteur, le conseil a décidé qu'il prendrait l'initiative d'un service funèbre qui sera célébré à Paris.

Choléra.—M. Briquet, inscrit le premier, a la parole. L'orateur réfute la théorie de M. Tholozan. Le choléra asiatique ne se développe pas de toute pièce en Europe; les climats de l'Inde et la manière de vivre des habitants diffèrent trop. S'il naît des épidémies cholériques en Europe, elles sont produites par le *choléra nostras*. M. J. Guérin a tort de penser le contraire.

M. Briquet essaie de montrer ensuite que le choléra existe depuis un temps immémorial dans l'Inde et qu'il ne s'est montré ailleurs que depuis 1817; enfin, que les grandes épidémies qui ont parcouru successivement le globe sont parties successivement de l'Inde.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

De l'emploi de la force mécanique dans les accouchements. — M. Guéniot est venu porter à la tribune de la Société de chirurgie une question qui a son intérêt et son importance, celle de l'emploi de la force mécanique dans les accouchements, question encore fort controversée, malgré les publications de Joulin et de Chassagny (de Lyon), malgré les essais tentés par MM. Tarnier, Hamon, et tout récemment par M. Poullet.

Depuis l'antiquité jusqu'au XVIIIe siècle, certaines opérations de chirurgie qui réclament l'emploi de la force furent exécutées avec l'aide des machines. Au XVIIIe siècle, l'emploi de la force mécanique fut décrété dangereux, et, comme tel, banni de la pratique des opérations. De nos jours, on est revenu sur cette proscription; les chirurgiens se sont appliqués à régler l'emploi de la force mécanique, et à rendre celle-ci généralement moins dangereuse que les efforts manuels.

La chirurgie obstétricale peut-elle, comme la chirurgie ordinaire, retirer des avantages de l'usage des machines? M. Guéniot répond affirmativement à cette question.

Les tractions faites par le chirurgien ne peuvent l'être avec la régularité nécessaire, pour peu qu'elles se prolongent; la fatigue survenant rapidement à la suite de tractions énergiques, l'effort devient nécessairement inégal, saccadé, oscillant, et, par là même, susceptible de produire des accidents redoutables, soit chez la mère, soit chez l'enfant. Une machine simple et de facile emploi pourrait donc être avantageusement substituée aux efforts manuels. Mais il convient de n'y recourir qu'à titre de moyen exceptionnel, et seulement dans les cas difficiles. Il faut en proscrire l'emploi toutes les fois que la main de l'accoucheur, sans de grands efforts, suffit à opérer efficacement. Tels sont, à de rares exceptions près, les cas dans lesquels l'obstacle ne réside que dans les parties molles. Les machines doivent être presque exclusivement réservées pour les cas de viciation du bassin ou d'excès de volume de la tête fœtale. Or, comme les rétrécissements pelviens ne présentent, en général, qu'une faible étendue en hauteur (quelques centimètres à peine), on voit que si l'on applique la règle qui restreint l'emploi des machines aux seuls cas qui requièrent l'action d'une force énergique, la nécessité de recourir à ces appareils ne se produira que dans une partie limitée de l'intervention opératoire. Par conséquent, les efforts manuels de l'accouchement devront presque toujours, à certain moment de l'extraction fœtale, se substituer à l'ac-

tion des machines, et compléter ainsi l'opération commencée par elles.

La main de l'accoucheur et la force musculaire dont il dispose, toutes les fois qu'elles s'exercent d'une façon modérée, sont de beaucoup les meilleures ressources à mettre à profit. Elles constituent le moyen d'action à la fois le plus précis, le plus sûr et le plus innocent, parce que l'opérateur a la conscience de ses propres efforts et que, selon le besoin, il les augmente ou les diminue, les accélère ou les ralentit, en un mot, les modifie à son gré aux divers temps de l'opération. Mais il en est tout autrement pour les opérations qui nécessitent le déploiement d'une grande force, car alors la fatigue du chirurgien lui fait perdre toute précision. Lorsque le concours d'un ou de plusieurs aides se trouve être nécessaire, à plus forte raison l'opérateur devient-il incapable de diriger avec sûreté une telle association d'efforts, et c'est en pareille circonstance qu'une machine bien appropriée peut offrir de réels avantages sur le procédé manuel.

La manœuvre du forceps réclame d'ordinaire plus de douceur que de force, mais aussi, quelquefois, autant de force que d'habileté. Dans le premier cas, recourir aux machines serait sans aucun doute compliquer à plaisir l'opération, mais, dans le second, l'emploi d'une machine trouve, au contraire, manifestement son indication.

— La communication de M. Guéniot a donné lieu à une discution ou plutôt à un dialogue entre lui et M. Blot, dialogue vif et animé qui n'a manqué ni de piquant, ni d'intérêt, et auquel s'est mêlé très-discrètement, vers la fin, M. le président Léon Le Fort.

M. Blot est l'ennemi déclaré des machines, qu'il appelle une force *brutale aveugle*. Il n'en veut ni en obstétrique ni même en chirurgie. La main de l'accoucheur, armée du forceps, celle du chirurgien et de ses aides, lui paraissent suffire largement pour la plupart des cas, sinon pour tous ceux où l'intervention de la force est réclamée.

En obstétrique, comme en chirurgie, on voit tous les jours des chirurgiens inexpérimentés recourir à l'emploi de la force pour terminer un accouchement ou réduire une luxation, sans pouvoir y parvenir, jusqu'à ce que survienne un praticien qui, par un diagnostic plus éclairé, se rendant compte de la nature de l'obstacle et de la cause des difficultés, termine par une adroite manœuvre une opération que la force n'eût pu mener à bonne fin. La solution des problèmes difficiles que présente la pratique de la chirurgie ou celle des accouchements est plutôt le fait de la science et de l'habileté que donne l'expérience, que le résultat de l'emploi de la force. Les inventeurs de machines sont généralement de jeunes chirurgiens qui, au début de leur carrière, ne se rendant pas bien compte de la nature des difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique, croient pouvoir compenser par la force ce qui leur manque du côté de l'expérience. Plus tard, quand ils ont vieilli dans l'exercice de l'art, ils relèguent les machines à l'arsenal. Nos maîtres n'inventaient pas d'instruments. Leur science et leur expérience, servies par une grande habileté manuelle innée ou acquise par l'habitude, leur suffisaient pour surmonter victorieusement les plus graves difficultés de la pratique. De bons doigts et un bon forceps suffisent pour tous les cas. Quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent il n'y a lieu de recourir à la force que lorsqu'il existe une disproportion entre la capacité du bassin et le volume de la tête fœtale. Or, la main du chirurgien, armée du forceps ordinaire, peut déprimer les os du crâne et en réduire les diamètres de manière à permettre l'extraction du fœtus dans tous les cas où le degré de rétrécissement du bassin ne rend pas l'accouchement impossible par les voies naturelles. Il arrive souvent alors que l'on réussit à extraire un enfant vivant, malgré la dépression imprimée à la boîte crânienne. Si l'on ne réussit pas à sauver l'enfant, du moins on sauve la mère, dans des cas où l'emploi des machines eût certainement compromis la vie de l'une et de l'autre. Il y a trente ans que M. Blot fait ou voit faire des accouchements, et il n'a jamais vu que l'emploi des machines fût nécessaire pour terminer les accouchements les plus difficiles. Conclusion du

discours de M. Blot : *Delendæ sunt machinæ.*

— Une courte réponse à l'argumentation de M. Blot, nous semble ici nécessaire.

Il n'est pas juste de dire que les machines sont dues *à de jeunes médecins.* Il l'est moins encore d'ajouter que ces *médecins s'empressent de les abandonner lorsqu'ils ont acquis la pratique qui leur manque.* Sans parler de M. Tarnier qui, non sans raison, semble avoir renoncé à l'emploi des moufles, les deux partisans de la traction mécanique les plus connus par leurs travaux, sont loin d'être de jeunes praticiens. L'éminent docteur Chassaigny compte bien, si nous ne nous trompons, une douzaine de lustres; nous approchons nous-même du dizième. Loin de chanceler, nos convictions, notre foi dans cette admirable méthode ne font que se fortifier chaque jour : *Vires acquirit eundo.* Tous nos efforts tendent à perfectionner nos machines, et à en rendre le fonctionnement irréprochable, tant au point de vue de la théorie, qu'à celui de la pratique.

Le savant accoucheur s'abuse étrangement, en considérant les machines comme des instruments de *force.* C'est tout l'opposé. Elles n'ont, en effet, pour objet que de réduire au *minimum* la puissance de la traction. Dans les cas difficiles, un illustre maître pose en principe de déployer sur le forceps la force musculaire de deux hommes, ce qui ne représente pas moins de 130 kilogr. Lorsque l'on a recours aux machines, *il est de règle de ne jamais dépasser* 60 *kilogr.*, qui suffisent amplement, pour tous les cas susceptibles d'une solution favorable, sans embryotomie. *Le mot de* FORCE *doit donc être banni de la pratique reposant sur l'emploi des machines.*

Ce qui importe, avant tout, dit M. Blot, *c'est d'établir le diagnostic, de raisonner et d'être adroit.* Or, n'est-ce pas le cas de le répéter? *Non omnibus licet adire Corynthum!.....* Pour un accoucheur du mérite de M. Blot, assurément, le forceps ordinaire, mis en œuvre avec la main, peut suffire dans bien des cas. Mais il ne faut pas prendre l'exception pour la règle, et malheureusement le plus grand nombre des accoucheurs, sont loin de posséder les qualités indispensables signalées par M. Blot.

Nos maîtres, dit l'éminent accoucheur, *n'inventaient pas d'instruments, parce qu'ils étaient cliniciens.* On ne saurait le nier, cependant : si la chirurgie a fait tant de progrès dans ces derniers temps, c'est, en grande partie, grâce à l'invention de nombreux instruments, destinés à simplifier les manœuvres opératoires. Pourquoi blâmer les accoucheurs de s'engager aussi dans cette voie féconde?

Personne ne saurait le contester. L'art des accouchements a fait aussi de grands progrès dans ces dernières années. On peut aujourd'hui, sans peine, avec un médiocre talent, terminer des accouchements qui, naguère encore, entre les mains les plus exercées, ne trouvaient leur solution que par le sacrifice préalable de l'enfant.

Nous pouvons le proclamer avec un légitime orgueil : ce sont les accoucheurs Français qui ont été le plus avant dans cette voie du perfectionnement. Ce sont eux qui, par la création de nouveaux et précieux engins de délivrance, ont beaucoup rétréci le cercle de l'embryotomie, qui désormais doit être réservée pour les cas de rétrécissement extrême du bassin. Dans aucun pays, l'art obstétrical n'a atteint le niveau auquel il s'est élevé dans notre chère patrie. Répétons-le donc avec M. Guéniot : Loin de décourager les expérimentateurs, efforçons-nous de leur venir en aide. Acceptons avec empressement toute innovation dont la valeur ne saurait être contestée, du moment qu'elle s'appuie sur le témoignage d'hommes honorables et désintéressés dans la question, et qu'elle se recommande par un contingent de faits suffisamment nombreux et bien observés.

Nous nous applaudissons, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, de voir enfin un maître éminent prendre en main la cause du progrès. Cet exemple, nous n'en doutons pas sera suivi, et la *Traction mécanique* ne tardera pas à être acceptée et conseillée, dans des conditions bien déterminées, comme le complément obligé du forceps.

Dr L. H.

MÉLANGES ET FAITS DIVERS.

Société protectrice de l'Enfance de Lyon. — *Prix à décerner en 1876.* — La Société protectrice de l'Enfance de Lyon met au concours la question suivante :

« Conseils aux mères et aux nourrices sur la manière de nourrir et d'élever les enfants. »

La Société décernera une médaille d'or, dans la séance de janvier ou février 1876, à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur ce sujet.

Les mémoires, écrits en français, devront être adressés *franco*, avant le 1er décembre prochain, à M. le docteur Fonteret, secrétaire général de la Société, place des Célestins, 7, à Lyon (Rhône).

Ils porteront, en tête, une épigraphe qui sera répétée sous un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

— L'*Association des médecins de la Gironde* a décidé qu'un *Comité de défense professionnelle contre l'exercice illégal de la médecine* serait formé.

A la suite d'un examen approfondi de la question à l'ordre du jour, il a été décidé que le *Comité de défense professionnelle* serait composé de dix-huit membres, y compris les représentants de chacun des arrondissements de la Gironde, auxquels seraient adjoints de droit le Président et le Secrétaire général de l'*Association des médecins de la Gironde*, MM. Mabit et Hazam.

Le Comité ainsi formé a ensuite nommé une commission représentant l'élément permanent du *Comité*; cette commission est composée de MM. Levieux, président; Saint-Philippe, Lande, Armaingaud, Demons, Verdalle et Lafitte.

C'est aux frais et avec l'appui de l'*Association des médecins* que se feront les poursuites. Nos confrères de Bordeaux et du département qui auraient à signaler des faits d'exercice illégal contre lesquels ils voudraient intenter une action civile, pourront s'adresser à cette commission.

Récompense. — La Société de médecine d'Anvers avait mis au concours, pour l'année 1874, la question suivante: *De l'influence de la fabrication du gaz d'éclairage sur la santé des ouvriers qui y sont employés.* Un seul mémoire a été adressé à cette Compagnie ; il portait pour épigraphe: *Quod vidi, scripsi.* Il a été jugé digne d'une mention honorable, du titre de membre correspondant pour son auteur, et de l'impression dans les *Annales* de la Société.

Le bulletin ayant été décacheté, on a proclamé le nom du lauréat : c'est M. le docteur Jules Bouteiller, de Rouen.

— M. Demarquay laisse à l'Académie de médecine une somme de 100,000 francs, à la Société de chirurgie une rente annuelle de 300 francs pour un prix quinquennal de 1,500 francs, à ses élèves sa bibliothèque et ses instruments, et à un ami chargé par lui de recueillir tous ses travaux, une somme de 10,000 francs.

— Si l'on compare le personnel médical français existant sous le règne de Louis-Philippe, sous celui de Napoléon III, et le 31 décembre 1874, on obtient les résultats suivants:

En 1874, on comptait en France, 18,099 praticiens, non compris ceux qui à cette époque, exerçaient en Algérie.

En 1853, leur nombre était de 18,110, y compris 58 praticiens algériens. En 1857, ce chiffre n'était plus que de 17,555. En 1866, il y avait en France, 11,595 docteurs en médecine et 5,729 officiers de santé, soit au total 17,420, y compris les hommes de l'art qui exerçaient alors au nombre de 303 dans les départements cédés en 1871 à l'Allemagne.

En 1874, il n'existe plus sur notre territoire que 10.849 docteurs et 4,219 officiers de santé; ensemble 15,068 praticiens, soit une diminution totale de 1953 praticiens dont 513 docteurs et 1,410 officiers de santé, défalcation faite du département du Bas-Rhin, et des parties des départements du Haut-Rhin, de la Meurthe et de la Moselle, qui nous ont été enlevées à la suite de la dernière guerre.

Bulletin des décès dans la ville de Paris.

Du 18 au 25 juin on a constaté 802 décès, savoir : variole, 54; rougeole, 19; scarlatine, 2 ; fièvre typhoïde, 20 ; érysipèle, 6 ; bronchite aiguë, 32 ; pneumonie, 59 ; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 15 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 13 ; croup, 8 ; affections puerpérales, 7 ; autres affections aiguës, 261 ; affections chroniques, 318 (dont 140 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 20 ; causes accidentelles, 17.

Du 25 juin au 24 juillet 812 décès ainsi répartis : variole, 9; rougeole, 24; scarlatine, 11 ; fièvre typhoïde, 16; érysipèle 7 bronchite aiguë, 23; pneumonie, 48; dysentérie, 2; diarrhée cholériforme des enfants, 16 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0; angine couenneuse, 19; croup, 9; affections puerpérales, 8; affections aiguës, 256; affections chroniques, 302 (dont 140 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 43; causes accidentelles, 23.

Nécrologie. — Le Dr Chaumery, d'Aubagne, est mort subitement dans la nuit du 12 mai, à l'âge de 70 ans.

M. Le Dr Léon Gros, médecin en chef du chemin de fer du Nord, membre de plusieurs sociétés savantes, et du conseil général de l'Association des médecins de France, officier de la Légion d'honneur, vient de mourir subitement à Montmorency, à l'âge de 52 ans.

M. le Dr Cousin, rédacteur médical de *l'Evènement*, est mort le 23 juin, il a publié un manuel des *Maladies de l'oreille* et collaboré à l'article *Langue* du Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.

M. Demarquay, chirurgien des hôpitaux, a succombé à un cancer de l'estomac dont la rapidité a été extrême.

M. le Dr Gauneau, médecin du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement, vient de mourir.

M. le Dr Halbout est mort à Gonnesse à l'âge de 70 ans. M. Halbout, infatigable dans son zèle, a lutté jusqu'au dernier moment contre la terrible maladie qui a enlevé Trousseau et Demarquay,

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que M. Gipoulou, interne provisoire très-distingué à l'hôpital des enfants-Malades, vient de succomber à une angine diphthéritique, contractée dans la salle de M. le Dr J. Simon.

Nous apprenons également avec douleur, la mort de notre très-distingué collaborateur, M. le Dr Auguste-César-François Godefroy, Professeur d'accouchement à l'Ecole de Médecine de Rennes, officier d'Académie, décédé à Rennes, le 3 juillet, dans sa 71e année.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Adrien Delahaye, éditeur.

Des aliénés et des asiles d'aliénés, par le Dr J. Dagron, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, 2e et dernière partie in-8°, 4 fr.; l'ouvrage complet 8 fr.

Recherches sur la pourriture d'hôpital, par le Dr E. Wolff. In-8°, 2 fr. 50.

Contribution à l'étude du traitement du bec-de-lièvre double compliqué, par le Dr G. Pétian. In 8° avec 3 planches, 2 fr.

Etude sur la synovite tendineuse blennorrhagique, par le Dr Maymou. In 8°, 2 fr.

Les vibrioniens dans le pus des plaies et des abcès, et les pansements antiseptiques, par le Dr P. Bouloumié. In-8°, 0 fr. 50.

Asselin, libraire, place de l'École de Médecine.

Traité d'anatomie topographique avec application à la chirurgie, par P. Tillaux, directeur des travaux anatomiques de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière. Premier fascicule de *la tête*, 400 pages in-8°, avec 106 figures tirées en noir et intercalées dans le texte. — Prix : 7 fr 50. — Nota. — Le traité d'anatomie topographi-

que sera publié en trois fascicules. Le deuxième fascicule, qui est sous presse, contiendra le cou, les membres supérieurs et le thorax ; dans le troisième fascicule seront décrits l'abdomen, le bassin et les membres inférieurs.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le Dr A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires, de la marine. Le premier demi-volume du tome dix-septième de la 1re série et le 2e demi-volume du tome neuvième de la 2e série sont en vente aux librairies G. Masson et P. Asselin, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix de chaque demi-volume, rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie, 6 fr.

VARIETES.

Hygiène du fumeur. — Sommes-nous propriétaires de notre corps?—Un médecin peut il, même dans l'intérêt de la science, emporter chez lui ou à l'amphithéatre un membre amputé pour le disséquer à son aise ?

Voici *sur l'habitude de fumer du tabac*, des préceptes et des conseils excellents donnés par le Dr A. Bertherand, et dont le médecin pourra tirer profit tant pour ses clients que pour lui-même, s'il est fumeur:

« Ne fumez jamais plus de trois à quatre pipes ou cigares par jour, et s'il vous est possible, bornez-vous à deux.— Il n'est pas bon de fumer à jeun, immédiatement avant ou après le repas. — Quel que soit le mode de fumer, il faut éviter le contact direct du tabac avec la muqueuse buccale et surtout avec les dents qui sont ainsi excitées au mâchonnement : le cigare doit être fumé dans un bout d'ambre, d'ivoire, ou mieux, de porcelaine émaillée. — Fumer, en les rallumant, des portions de cigare éteint, est, avec le système de la pipe culottée et juteuse, le plus sûr moyen de s'incommoder par la nicotine. — Tout fumeur fera bien, s'il le peut, de se rincer la bouche après avoir fumé. *A fortiori*. la précaution se recommande-t-elle aux chiqueurs. Par la même raison, il conviendrait de soumettre les embouts, tuyaux, fourneaux où l'on a coutume de brûler le tabac à de fréquents lavages, soit avec l'éther, soit avec une eau additionnée d'alcool ou de vinaigre.

» Il est difficile de se prononcer entre les différentes manières de fumer le tabac. Je donnerai volontiers la préférence à la cigarette, en raison de son peu d'importance quantitative et du papier qui interdit le contact du contenu aux membranes buccales. Mais il faudrait, pour réaliser tous les *desiderata*, que le *papelito* fût de fil de lin et qu'on s'abstint de ce qui est devenu le *nec plus ultra* de la perfection pour les raffinés du genre, d'en retenir les aspirations au fond du pharynx, pour les rejeter ensuite par les narines. — L'habitude prématurée de fumer est certainement dommageable à l'enfance et pendant la période adolescente de l'évolution organique. L'économie ne peut que pâtir, à cette époque, de l'influence nerveuse narcotique, si légère soit-elle, et de la dépertition salivaire, inséparable de l'acte. L'association contre l'abus du tabac a donc été sagement inspirée en s'affiliant les instituteurs de toutes classes, pour écarter de la jeunesse une pratique contraire aux intérêts de son développement. — To-

monde ne peut pas impunément fumer. Il est à cette habitude des contre-indications pathologiques ou idiosyncrasiques qu'on serait imprudent et coupable d'enfreindre. Les maladies des poumons, du cœur, les affections chroniques de la bouche, du nez, des yeux, du pharynx et de l'estomac, expriment les principales incompatibilités; leur détermination exacte, absolument individuelle, devra toujours être définie par l'intervention de médecins. — L'aération des lieux où l'on fume veut être soigneusement surveillée. Si la fumée de tabac ne mélange pas des quantités appréciables de principe toxique à l'oxigène de l'atmosphère qu'elle envahit, toujours est-il qu'elle se substitue, par son volume et par les poussières qui la composent, à l'air pur nécessaire à l'hématose. S'endormir la nuit dans une chambre où l'on a fumé tardivement constitue une infraction grave aux lois élémentaires de l'hygiène. — Dans les pays comme la France, où le débit du tabac est un monopole aux mains du gouvernement, je trouverais fort rationnel, selon la proposition de M. Joly, que la régie, dans la composition de ses produits manufacturés, réglât et associât les sortes, de manière que la consommation ne s'exerçât jamais exclusivement sur des espèces réputées trop fortes en empyreume et en nicotine.

(*Tribune médicale*.)

Sommes-nous propriétaires de notre corps? Telles étaient les questions soumises, il y a quelques jours, à l'appréciation du Tribunal de Lyon.

En théorie, la solution ne paraît pas douteuse : le médecin n'a le droit de disposer d'aucune des parcelles qu'il détache avec son scalpel. Le malade ou sa famille peuvent les réclamer sous le contrôle de l'administration préfectorale, qui doit prendre les précautions nécessaires à la salubrité publique.

En pratique et dans l'espèce suivante soumise à nos magistrats, il est nécessaire de faire une distinction. Voici, du reste, les faits de ce singulier procès :

M.B.., vieillard de soixante-dix-sept ans, avait dû subir l'amputation d'une jambe ; trois chirurgiens avaient concouru à l'opération, qui avait parfaitement réussi.

Qu'était devenue la jambe ? Le jardinier de la maison devait l'enterrer tout entière. Mais M. X.... un des médecins, désirant disséquer le pied, l'avait coupé, enveloppé dans un numéro du *Courrier de Lyon* (*sic*) et emporté.

Plusieurs mois se passent, les opérateurs demandent le payement de leurs honoraires. — M. B... leur répond: Qu'est devenue ma jambe? Repose-t-elle dans mon jardin?— Non. — Le pied a disparu (*horresco referens*). Je croyais avoir un pied dans la tombe, vous m'avez enlevé cette satisfaction. Vous m'avez causé un préjudice. Réduisez vos honoraires.

Et joignant l'acte aux paroles. M. B... offre, par ministère d'huissier, 500 fr. à M. X..., qui réclamait 715 fr.

Les faits que nous venons de rapporter exactement placent la discussion sur un terrain peu favorable.

M. B... avait eu tort d'attendre une réclamation d'honoraires pour se souvenir des principes et réclamer son pied.

M. X... qui réclamait ses honoraires, n'était pas celui qui avait emporté le membre ; était-il solidaire des faits et gestes de son confrère ?

Enfin, M. Z..., le troisième docteur, avait fait une réduction de 100 francs pour éviter les réclamations fastidieuses de M. B.., qui paraissait vouloir spéculer largement sur la disparition de son membre.

Le tribunal a rejeté la prétention de M. B..., en se plaçant sur le terrain des faits peu favorables à ce dernier.

Pour éviter à l'avenir toutes difficultés, le médecin chargé d'une amputation devrait se faire délivrer un reçu en due forme du membre séparé. Voici le modèle que nous avons demandé, dans l'intérêt des médecins, à un avocat de nos amis :

« Reçu de M. le docteur X. . . (une jambe, un pied, etc.) détaché à la date du. . . Nous reconnaissons que ledit membre est complet. »

(*Lyon médical*.)

Le Rédacteur en chef-gérant,
Dr Hamon de Fresnay.

N° 15. — 1er AOUT 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Service de M. le professeur VERNEUIL.

1° Affections osseuses articulaires, et péri-articulaires.

a. ÉPANCHEMENT SANGUIN DANS LA BOURSE PRÉ-ROTULIENNE. — *Repos, applications resolutives.* — Nous avons entendu bien des fois M. Verneuil insister avec raison sur le danger qu'il y a à ouvrir les *poches sanguines* récentes qui ne sont pas arrivées à la période de suppuration.

Chez un homme entré dans le service et qui était tombé sur le genou, un épanchement sanguin se produisit dans la bourse pré-rotulienne et cela en quelques heures à peine. Inquiet de cette tuméfaction qui pourtant n'était accompagnée d'aucune douleur, le malade se fit lui-même avec la pointe d'un canif et au centre de la bosse une piqûre qui donna issue à un peu de sang, puis n'en continua pas moins à se livrer à son travail. Le lendemain, la douleur et le gonflement du genou le forçaient d'entrer à l'hôpital, une rougeur érythémateuse et angioleucitique se prolongeait sur la cuisse et la jambe avec œdème de tout le membre inférieur. Dans ce cas (et c'est la thérapeutique habituelle de ce professeur en pareille circonstance), le repos et les applications résolutives suffirent au bout de quelques jours à conjurer cette menace de phlegmon diffus.

b. PLAIE DU GENOU PÉNÉTRANTE. — *Pansement ouaté.* — *En surveiller attentivement les effets.* — M. Verneuil est partisan, dans ce cas, de tenter la conservation, si les délabrements ne sont pas considérables, et d'appliquer *l'appareil ouaté;* mais il est nécessaire, indispensable, dès que le pansement est fait, de surveiller avec une attention minutieuse s'il ne survient aucun accident : si l'on voit apparaître un engorgement ganglionnaire au niveau de l'aine; si le pouls s'élève un peu ainsi que la température, il faut enlever immédiatement cet appareil pour combattre les accidents inflammatoires dont le membre peut devenir le siége : car on n'est pas en droit de mettre l'apparition de ces symptômes sur le compte d'une fièvre traumatique précoce.

c. ÉCRASEMENT DE LA MAIN. — *Expectation.* — *Irrigation continue.* — Fidèle à ce principe, qui est entré maintenant dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale raisonnée, à savoir, que le praticien ne doit ni amputer les phalanges écrasées, ni régulariser ces plaies, M. Verneuil emploie *l'expectation* et *l'irrigation continue.*

C'est à Velpeau, mais surtout à Denonvilliers que l'on doit d'avoir établi comme précepte, en pareil cas, de ne pas recourir à la chirurgie active employée par les

Boyer, les Roux, les Lisfranc qui, sous prétexte de restaurer des plaies dont l'aspect n'est guère flatteur ,il est vrai, substituaient des amputations faisant courir aux malades des dangers beaucoup plus sérieux que la lésion elle-même.

C'est là un fait acquis maintenant à la science, et tout chirurgien consciencieux ne doit plus s'écarter de cette règle de conduite. Mais, comme le dit très-judicieusement M. le Dr Bouglé dans les considérations intéressantes qu'il a émises sur les écrasements des doigts et des orteils (thèse inaug. 1863). Le reproche le plus grave qui puisse être adressé à la chirurgie active, en pareil cas, est de retrancher des portions de doigts qui, une fois conservées, rendent encore de grands services aux ouvriers qui sont souvent victimes de ces blessures.

Nous observons en ce moment dans le service de M. B. Anger, que nous remplaçons à l'hôpital St-Antoine, deux malades ayant eu des écrasements de la main, qui ont singulièrement bénéficié de cette thérapeutique conservatrice, car ils possèdent, après guérison, une pince didactyle, de cause traumatique, qui leur rendra pour leurs besoins journaliers des services incontestables.

S'il y a eu plaie à la face dorsale et afin de perfectionner le plus possible cette pince naturelle et d'empêcher un ou plusieurs doigts de rester raides, ce qui ne manque pas d'arriver par suite de la rétraction cicatricielle ayant lieu au niveau du dos de la main, M. Verneuil a parfois recours à la chirurgie restauratrice : voici comment il agit : il prend tout ce qu'il peut trouver de peau sur les bords des métacarpiens et sur les phalanges, et transplante ce lambeau sur la plaie de la face dorsale de la main : il évite ainsi la raideur des doigts qui, légèrement attirés du côté de la face palmaire par la cicatrice produite par le chirurgien, répondent alors plus facilement à l'opposition du pouce.

Nous avons eu l'occasion de voir dans le service de ce chirurgien un malade dont la troisième phalange de l'annulaire et du médius avait été écrasée; a guérison, obtenue également par l'expectation et l'irrigation continue, était complète : mais, dans ce cas, un fait d'observation assez curieux était que chacune des cicatrices de l'extrémité digitale présentait un corps dur, une *substance cornée* qu'on aurait pu, par une analogie un peu complaisante, comparer à un ongle de nouvelle formation développé malgré l'absence totale de matrice et par le travail même de cicatrisation fournissant une portion épidermique plus épaisse que dans les autres endroits. Cette production ne rappelait, du reste, en rien, l'aspect ni la configuration de l'ongle naturel.

d. Mal de Pott. — *Corset.* — *Traitement général.* — Des modifications thérapeutiques importantes tant au point de vue local que général ont permis dans ces dernières années d'obtenir chez les enfants et chez les jeunes personnes des guérisons radicales.

Le principe thérapeutique qui régit toutes les autres affections articulaires, à savoir, l'*immobilisation*, est applicable à la colonne vertébrale tout aussi bien qu'au genou, à la hanche, etc.; aussi voit-on les orthopédistes arriver à de bons résultats (amélioration ou même guérison) même dans les conditions les plus funestes et en apparence les plus défavorables.

Divers praticiens, M. Bergeron entre autres, condamne au repos le plus absolu; M. Verneuil pense que cette manière d'agir est nuisible, car cette affection coïncide généralement avec la diathèse scrofuleuse, et chez les scrofuleux l'exercice est un point essentiel.

Le mieux est d'immobiliser le rachis par un *corset* ou plutôt une *cuirasse* de cuir de 7 millimètres d'épaisseur qui est fabriquée sur un moule que l'on a pris exactement sur l'enfant. Cette cuirasse est composée de deux pièces principales dont la postérieure va de la nuque au bord supérieur du sacrum et dont l'antérieure mesure la distance comprise entre la fourchette sternale et la symphyse pubienne : ces deux plaques sont rattachées l'une à l'autre, comme dans la cuirasse des cuirassiers, par des *lacets* et sont rendues légères, autant que faire

se peut, par l'*évidement* : leurs bords sont garnis par des renforts en acier.

Cet appareil constitue un progrès énorme, mais il a le grave inconvénient d'être coûteux; aussi pourrait-on lui substituer l'appareil lacé silicaté de M. Desprès dont nous avons parlé dans un de nos Répertoires de la 1re série. De plus, il empêche bien la flexion brusque, mais il ne lutte pas d'une façon bien efficace contre l'affaissement des corps vertébraux.

Enfin M. Verneuil applique dans toute sa rigueur le traitement anti-scrofuleux qui est *pharmaceutique*, *hygiénique* et comprend également le *régime*.

1° *Grand air*. L'habitation à Paris est insuffisante sinon funeste. *Stations maritimes* pendant plusieurs années consécutives.

2° *Huile de foie de morue*, remplacée si elle n'est pas supportée par le vin de Coliours ou de Bagnols, si chargé de tannin; ou bien par 1 litre de vin additionné de 25 gr. de teinture d'iode, une cuillerée matin et soir — Sirop de raifort iodé — sirop iodure de fer. — Il considère le phosphate de chaux comme une médication de premier ordre dans l'enfance chétive des scrofuleux dont il semble favoriser le développement : *phosphate de chaux tribasique*, 2 gr. par jour, poudre inerte que l'on fait prendre dans la soupe au lait.

3° *Aliments reconstituants*. Il prescrit également pour les enfants scrofuleux, mais nous lui laissons l'entière responsabilité de cette opinion, une cuillerée à dessert de *rhum* ou *d'eau-de-vie*.

e. Coxalgie. — *Appareil inamovible*. — *Maillot, attelles en fer, bandes dextrinées*. — Dans la construction de l'appareil qu'il applique à cette affection articulaire, ce chirurgien n'apporte aucun principe nouveau : immobilisation après avoir corrigé les attitudes vicieuses, tels sont les deux points sur lesquels il repose. Au dire de M. Verneuil lui-même (Th. Philipeaux, *coxalgie*), ce bandage diffère à peine de celui de Bonnet : il ne s'en distingue que par quelques améliorations qui le rendent plus solide, plus facile à supporter, un peu plus élégant et surtout beaucoup plus durable. Il regarde comme un grand avantage de pouvoir garder en place, pendant plusieurs mois, une demi-année et même une année entière un bandage qui remplit bien les conditions. Voici les pièces dont il se compose :

1° Maillot garni d'ouate;
2° Attelles en fil de fer;
3° Bandes sèches dextrinées.

Maillot. — Pièce essentielle : caleçon de tricot en coton absolument collant, comme celui des acrobates et fermé partout : il descend jusqu'à la cheville et remonte sur la poitrine jusqu'aux mamelons : il n'enveloppe pas le pied mais il maintient le genou immobile, c'est là un point capital. Ce maillot est garni extérieurement par une épaisse couche d'ouate fixée par des points de fil comme une douillette ouatée et qui, séparée du corps par le maillot, n'irrite pas la peau, ne se pénètre pas de sueur et ne se salit pas si vite.

Attelles. — Servent de soutien aux bandes solidifiables, de squelette intérieur, en fournissant une solidité et une résistance très-grande sans augmenter beaucoup le poids : Ces attelles sont en *fil de fer* dont la longueur et la largeur sont proportionnées à l'âge du sujet : attelle externe courbée légèrement au niveau du grand trochanter et dont l'extrémité sus-supérieure est fixée à une 2e attelle de même nature disposée en cercle; on peut leur substituer l'attelle en T dont la branche verticale descend le long du membre et dont l'horizontale se courbe facilement pour se mouler sur le tronc. Une 3e attelle soit antérieure, soit postérieure, est attachée supérieurement à l'attelle horizontale en ceinture.

Enfin on applique les *bandes sèches*, puis les *bandes dextrinées*.

2° Affections du système nerveux.

a. Paralysie traumatique du nerf radial. — *Veiller, autant que possible, à la conservation de l'intégrité de l'élément musculaire*. — Dans le cas où une para

lysie traumatique de ce nerf, avec conservation de la sensibilité cependant, a donné lieu au bout d'un certain temps, à une absence totale de contraction musculaire par l'application des électrodes, le chirurgien ne doit pas se décourager et ne se lasser de l'emploi de l'électricité qu'au bout d'un laps de temps considérable : d'autre part, se fondant sur ce que l'insensibilité est intacte et que le radial est mixte, ne peut-on espérer, admettre à la rigueur qu'un nerf dont les fibres motrices ont perdu toute action, mais dont les fibres sensibles fonctionnent encore très-bien, n'a pas été détruit en totalité et reprendra tôt ou tard son rôle de conducteur du principe du mouvement?

A cette hypothèse, M. Verneuil répond : oui, mais seulement quand on a affaire à un nerf du volume du sciatique : dans certains cas de lésion de ce tronc nerveux, dit-il, bien que les muscles correspondants des membres inférieurs soient paralysés, si le pied a conservé sa sensibilité on est en droit de dire que la section du nerf n'a pas été complète.

Mais quand il s'agit de l'avant-bras, il en est tout autrement : M. Paulet (*Un. méd.*, mars 1868) dans un mémoire présenté à la Société de chirurgie, intitulée : *Etudes sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs* et MM. Arloing et L. Tripier par leurs expériences sur le chien et le chat : (*Recherches sur la sensibilité des téguments et des nerfs de la main. — Arch. de physiologie*, 1869), ont démontré d'une manière péremptoire que les nerfs du membre supérieur peuvent se suppléer réciproquement et que la conservation de la sensibilité des points où se distribuent les filets du radial, par exemple, n'implique pas nécessairement *l'intégrité*, du moins partielle, du tronc nerveux lui-même.

Nous osons même aller dans cette assertion plus loin que le professeur de la Pitié, en disant qu'à la suite d'une lésion du nerf sciatique lui-même, la persistance de la sensibilité du membre inférieur n'est pas un signe suffisant pour laisser supposer toujours une section incomplète du tronc nerveux. Liégeois (*Soc. chirur.* 1869, p. 108) en effet, sur un chien auquel il avait coupé le nerf sciatique très-haut, et auquel la sensibilité s'était rétablie d'une façon parfaite, constata encore au bout d'un mois, à l'autopsie, un *écartement* de 5 à 6 *centimètres* entre les deux bouts du nerf.

Dans l'attente bien problématique d'une régénération nerveuse le chirurgien ne doit pas, toutefois, se borner à un rôle passif. Une indication importante se présente à lui, à savoir : *Veiller à la conservation de l'intégrité de l'élément musculaire*, or, il remplira ce but à l'aide des deux moyens suivants :

1° Par une *attitude* convenable du membre empêchant les muscles extérieurs et respirateurs d'être sans cesse fatigués et tiraillés par la prédominance d'action des fléchisseurs et des pronateurs. La position doit avoir ici un rôle important, car on sait par exemple que si un muscle sain et animé par un nerf sain, est soumis à une distension prolongée, il s'altère et cesse de jouir de ses fonctions.

2° Par l'*excitation* et la *contraction musculaire artificielle* à l'aide de la faradisation. Nous savons, en effet, combien un muscle privé d'excitation depuis longtemps est sujet à l'atrophie, même s'il est en communication avec ses nerfs, et, d'autre part, l'expérience nous apprend en physiologie qu'un muscle, séparé de son nerf moteur, peut conserver sa contractilité très-longtemps et même indéfiniment, si on prend soin, à l'aide d'une pile électrique, de ne pas le laisser manquer d'une excitation fréquemment répétée.

(*A suivre*).

Dr Gillette.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Traitement de diverses affections gastriques au moyen de la pompe stomacale, par le Dr Paul Schliep (1).

— Ce mode de traitement, préconisé surtout en Allema-

(1) Nous empruntons au *Deutsche Archiv. fuer Klinische medicin.* l'article suivant qu'un de nos collaborateurs étrangers, M. le Dr Cornaz, de Neufchatel (Suisse), a bien voulu résumer.

gue contre la dilatation de l'estomac, a été employé par l'auteur dans 74 cas de maladies de l'estomac, savoir :

1° Pour une indication momentanée (intoxication) dans . . .	2 cas.
2° Pour le catarrhe simple de l'estomac	15 »
3° Pour le catarrhe compliq. :	
A. de chlorose	4 »
B. de maux nerveux. .	5 »
C. d'affections pulmonaires	4 »
D. d'ictère	2 »
E. de néoplasmes d'autres organes	2 »
4° Pour l'ulcère de l'estomac.	10 »
5° Pour la dilatation de l'estomac.	14 »
6° Pour le carcinome de l'estomac.	6 cas.

L'emploi de la pompe stomacale dans les empoisonnements est ancien et fort usité en Angleterre, où les autres traitements sont pour ainsi dire inconnus, outre les 2 cas cités plus haut, l'auteur y soumit deux autres malades à l'hôpital allemand de Londres.

Les catarrhes anciens de l'estomac sont assez fréquents et difficiles à guérir; tous les cas de cette catégorie traités par l'auteur, duraient depuis longtemps et avaient déjà été traités par bien des médications. Le nombre d'applications de la pompe contre cette maladie est généralement peu considérable : sur 25 cas, il fut en moyenne de 9 ; mais souvent il suffit de 2 ou 3 applications. Les malades s'accoutument facilement à l'introduction de la sonde. Il importe de toujours leur parler de la première application tout en promettant au malade qu'au bout de 3, il éprouvera déjà une amélioration.

Dans les catarrhes compliqués d'autres affections, les 17 cas réclamèrent en moyenne 10 1/2 applications chacun, c'est-à-dire un peu plus que les catarrhes simples de l'estomac. Les résultats furent très-heureux, même avec une complication aussi défavorable que la phthisie.

L'ulcère de l'estomac et l'ectasie qui en dépend sont des cas dans lesquels ce mode de traitement a beaucoup réussi en Allemagne; bien que généralement les ulcères récents constituent un *noli me tangere*, la nature devant faire les frais de la guérison; il en est où les vomissements sont si violents et si dangereux que la pompe ne peut qu'en diminuer le danger. Trois des cas de l'auteur appartenaient à cette rubrique et eurent de très-bons résultats de ce traitement.

Quant à l'ulcère chronique, lorsqu'il est cicatrisé ou que du moins les symptômes violents sont passés, rien de plus rationnel que de débarrasser l'estomac de son contenu; réaction généralement acide. La pompe fut employée en moyenne 14 fois chez les 7 malades de cette série.

Kussmaul a écrit en 1869, un travail si remarquable sur l'emploi de la pompe stomacale dans la dilatation de l'estomac, que l'auteur ne pourrait que répéter ce qui s'y trouve consigné. Il a trouvé qu'une désinfection quelconque d'un contenu déjà décomposé ne sert de rien, mais que si l'on veut guérir à fond une dilatation, on doit commencer de bonne heure à vider l'estomac régulièrement, à fond et journellement; car si la paroi musculaire peut reprendre sa contractibilité et si l'atrophie et la dégénérescence des glandes de l'estomac n'ont pas encore pris trop de développement, au bout d'un temps peu considérable, la décomposition du contenu cessera et la chimie de la digestion stomacale se produira de nouveau dans ses limites normales. Si ce résultat n'a pas lieu, tout en reconnaissant l'incurabilité du mal, on continuera l'usage de la pompe ou son indication symptomatique, qui lui rendra son mal plus supportable. Sur 14 cas de dilatations, dont 5 furent guéris et 9 améliorés, l'application de la pompe fut en moyenne de 21 fois; plusieurs malades en achetèrent une et en continuèrent eux-mêmes l'usage.

Dans le cancer de l'estomac, on doit être content d'une amélioration. Le nombre des applications varie suivant l'ancienneté du mal. En remettant au malade le soin de déterminer la fréquence des applications de la pompe, l'auteur vit la plupart en désirer une par jour.

Les 74 cas traités exigèrent en tout 982 applications de la pompe stomacale.

Quant à l'exécution de cette opération, il faut avertir les malades de trois points : le premier, d'être attentifs à inspirer de l'air pendant toute l'opération; le second de ne pas mordre la sonde; le troisième de tenir la tête d'abord renversée pour faciliter l'introduction de la sonde qui, sans cela, va se butter à la paroi postérieure de l'œsophage, puis plus tard au commandement de la pencher en avant, afin de faire disparaître la saillie de la 3e et de la 4e vertèbres cervicales : on éprouve aussi au cardia une légère résistance. En général, l'auteur s'est bien trouvé, quand il arrivait à une place difficile, de laisser les malades, diriger la sonde, dont on peut alors faciliter la pénétration en y versant avec précaution de l'eau tiède : si les malades sont déjà exercés, ils peuvent faciliter la chose par un mouvement de déglutition. Le cas le plus difficile qui puisse se présenter est celui d'une dilatation de l'œsophage précédant une stricture considérable du cardia.

Quand la sonde est en place, l'auteur commence par injecter une certaine quantité d'eau, et quand le malade se met à vomir, ou annonce qu'il sent son estomac rempli, il commence à pomper avec précaution. La température de l'eau doit être au début de 30° R., et peut être élevé d'après le désir des malades auxquels l'eau froide produit du mal de cœur et de la douleur. Afin de se rendre immédiatement compte de tout obstacle à l'aspiration du liquide, il place entre la sonde et sa monture un tuyau en caoutchouc, dont les parois se rapprochent dès que la sonde ne fonctionne plus.

Il préfère beaucoup les sondes à plusieurs ouvertures à celles qui n'en ont qu'une, celles-ci exposant au danger d'enlever un fragment de muqueuse. Quant aux hémorrhagies, il n'en a jamais vues que de minimes, dues soit à la nature de la maladie, soit à de violents efforts de vomissement, soit à l'emploi de solutions alcalines: la coloration rougeâtre du liquide évacué, bien que rare, n'est qu'un phénomène sans gravité. Quand la pompe ne ramène plus rien, on fait bien de refouler encore le piston contre l'estomac pour ne pas risquer d'aspirer de la muqueuse, puis on retire un peu la sonde, on essaie de nouveau d'aspirer, et ainsi de suite, afin de vider complétement l'estomac. Quand on pense avoir terminé, on fait bien d'injecter un peu d'eau, puis de l'aspirer, afin de voir si elle revient en même quantité parfaitement limpide. En y injectant jusqu'à ce que le malade accuse le sentiment d'un estomac plein, on peut apprécier le volume de l'estomac, expérience à ne pas négliger, pour continuer ou corriger le diagnostic. Pour bien évacuer les mucosités qui adhèrent aux parois stomacales, l'auteur fait faire à ses malades quelques efforts de vomissement (pourvu que rien ne le contre-indiquât), puis aspire aussitôt; dans bien des cas on doit, au contraire, éviter avec le plus grand soin les vomissements. La sonde doit être retirée avec précaution.

Le contenu de l'estomac doit être soigneusement examiné en le remuant plusieurs fois avec une baguette, celle-ci, retirée de la mucosité, on examine la réaction avec du papier de tournesol, et on soumet quelque peu à l'examen microscopique. Quelque intérêt qu'il y ait à déterminer la proportion de pepsine, la chimie ne donne pas encore de méthode rapide et pratique qui permette au médecin de le faire. On examine la réaction du contenu de l'estomac et l'on soumet quelques gouttes à l'examen microscopique. Au point de vue clinique, on pourrait peut-être distinguer les formes suivantes de ce contenu : 1° contenu clair et muqueux, peu abondant, à réaction neutre : cette forme se trouve dans le catarrhe chronique simple; 2° contenu coloré par la bile, ordinairement peu abondant, réaction neutre ; se trouve dans l'inflammation catarrhale de la muqueuse stomacale et duodénale; ainsi que dans l'ictère; 3° contenu composé d'aliments non digérés et de mucosités, ordinairement peu abondant et neutre, parfois faiblement acide, ce qui est plus normal. L'auteur et son confrère Nieden y ont trouvé, à Londres, de longs

filaments terminés en pointe, il a fini par reconnaître des petits poils de froment, tels qu'on en trouve à l'extrémité de chaque grain, ce qui n'est nullement indifférent, puisque ces particules contenues dans le pain anglais peuvent s'implanter dans la muqueuse qui, en effet, secrète alors une mucosité plus épaisse sur les points où ces petites lancettes sont implantées; 4° contenu à fermentation acide, composé essentiellement de matières ingérées et le plus souvent assez abondant; il se trouve dans des états inflammatoires récents et dans l'ulcère de l'estomac. Pronostic ordinairement favorable, parce qu'en enlevant le contenu on ôte la principale cause d'irritation et l'on procure immédiatement un effet agréable au malade; 5° la pompe agit encore davantage lorsque le contenu est riche en champignons; il a alors une réaction acide, sa quantité est souvent étonnante et même énorme malgré qu'on le soutire journellement avec la pompe. Par le moyen de celle-ci, on parvient généralement à améliorer la dilatation qui existe, et les champignons disparaissent également. Peu ou point d'utilité des désinfectants; 6° le contenu putride se montre généralement sous la forme du marc de café lorsqu'il y a une forte dilatation, spécialement dans la stegnose cancéreuse du pylore, et contient toutes sortes de parties organiques en décomposition. Quantité en général très-considérable, réaction acide; 7° quantité anormale de gaz, existant dans les catarrhes, toujours accompagné de symptômes nerveux marqués d'hyperesthésies de divers organes, d'inquiétude, d'angoisse. Ce gaz peut être de l'air avalé, ou se former dans l'estomac dans des conditions cliniques anormales de l'emploi de la sonde, à d'excellents résultats, bien qu'il s'accompagne d'éructations violentes et souvent d'un œsophagien marqué.

L'auteur préfère la pompe au siphon préconisé par Fuergensen, bien que celui-ci puisse rendre de bons services; et parmi les diverses pompes, il préfère celle de *Kuesmaul* à l'instrument primitif fabriqué en Angleterre, ainsi qu'un petit modèle fabriqué dès lors dans le même pays.

Les médicaments que l'auteur a introduits localement par cette méthode de traitement pour les extraire ensuite avec la pompe, sont : 1° le *bicarbonate de soude*, deux cuillerées à bouche pour une cuvette pleine d'eau, sert à neutraliser par son emploi répété jusqu'à cet effet, quand la réaction est très-acide; 2° l'*hypermanganate de potasse;* on prend de 2 à 4 onces (60 à 120 grammes) d'une solution au 1|100 pour une cuvette d'eau; très-utile lors de la décomposition anormale du contenu de l'estomac; 3° l'*acide carbonique* (*ou phénique*) à la dose de 1 à 5 onces (30 à 150 grammes) d'une solution au 1|40 pour une cuvette d'eau; recommandable lors de la formation de champignons, il requiert pourtant d'être employé avec précaution, car tous les malades ne supportent pas l'acide phénique; en tout cas on ne peut le laisser longtemps au contact avec les parois de l'estomac, puisque sans cela il y a résorption avec vertige et sentiment de défaillance; 4° le *chlorure d'aluminium dissout*, préparation désinfectante anglaise connue dans le commerce sous le nom de chloral, qui est bien supportée et n'exige pas les mêmes précautions que l'acide phénique: 5 onces pour une cuvette; effet astringent; 5° l'*acide borique*, à la dose de 3 à 6 onces (180 à 360 grammes) d'une solution au 1|24 pour une cuvette, a un effet désinfectant et n'irrite nullement; 6° la *teinture de myrrhe* de 1|2 à 1 once (15 à 30 grammes) pour une cuvette indiquée lorsqu'il y a une forte formation de mucosités.

Pour les *prescriptions diététiques*, l'auteur s'en est tenu à celles qui sont en usage dans les diverses affections de l'estomac, suivant en général les indications individuelles de l'appétit des malades, sauf à s'opposer aux aliments qui ne conviennent pas. Dans les cas où des indications spéciales étaient nécessaires, il les donnait très-exactement et par écrit, spécifiant le moment, la quantité et la qualité des repas, suivant le principe : souvent, mais chaque fois peu et nutritif, mais non irritant et réparti en fragments très-petits.

Le contrôle du traitement nécessite des *pesées* régulières.

L'auteur fait suivre son travail de l'histoire assez détaillée des 74 cas qui lui ont servi de base, travail dans lequel on trouve nécessairement des répétitions, mais qui n'en constitue pas moins une base sérieuse et nécessaire du moment qu'il s'agit d'un mode de traitement peu connu.

Dr L. Schlieep, de Berlin.

Appareil pour les fractures transversales de la rotule. — L'idée de ce pansement m'est venue après avoir maintes fois appliqué, avec un succès constant, l'excellent appareil gélatiné-lacé du docteur Hamon de Fresnay. — Deux bandages roulés sont appliqués : l'un, à la jambe, des malléoles au bord inférieur de la rotule ; l'autre, de la partie moyenne de la cuisse au bord rotulien supérieur. — Un enduit à la gélatine, préalablement réduite en bouillie claire, en la chauffant avec une petite quantité d'eau, est appliqué méthodiquement par-dessus, à l'aide d'un pinceau. — Un deuxième tour de bande, également recouvert d'une nouvelle couche de gélatine, est aussitôt enroulé, pour présenter une résistance suffisante.—Lorsque l'agglutinatif, encore mou, ne colle plus aux doigts, on pratique à l'aide d'un emporte-pièce de cordonnier, des trous autour des parties de l'appareil qui correspondent avec les bords supérieur et inférieur de la rotule, mais *seulement* dans la moitié antérieure de la circonférence. Ces trous doivent être pratiqués, pour plus de solidité, à 2 centimètres environ du bord rotulien de la dernière doloire. — Cela fait, un *lacet en fil* est passé alternativement dans les trous opposés, à la manière d'un corset. — On glisse alors sous les lacets, de manière à les faire pénétrer sous les premiers tours de bande correspondants à la rotule, deux bourrelets d'ouate destinés à rendre la pression plus douce, puis on opère sur les lacets une traction modérée.— Le lendemain, la gélatine étant suffisamment durcie, les deux parties de l'appareil (supérieure et inférieure) rapprochées à volonté, opèrent une coaptation complète. Le fragment inférieur est parfaitement immobilisé ; les muscles de la cuisse sont entraînés et le fragment supérieur facilement rapproché de l'autre.

L'extension de la jambe est forcée ; malgré cela, un coussin est maintenu sous le talon et la jambe.

Cet appareil est très-solide, moins douloureux que les autres, n'exige du chirurgien aucune surveillance, parce qu'il peut être tendu ou desserré par le premier venu.

Il permet, en relâchant le lacet, de faire exécuter à l'articulation de légers mouvements, en temps opportun, pour éviter la raideur articulaire.

Le lacet se trouvant au niveau des tissus, empêche les mouvements de bascule des fragments. Pour plus de sûreté, d'ailleurs, on peut ajouter une lame de carton enveloppée d'ouate, et la glisser entre les lacets et la face antérieure de la rotule.

J'emploie la gélatine de préférence à la dextrine et au silicate, parce qu'elle est plus élastique et qu'elle est plus aisément perforée par l'emporte-pièce.

L'efficacité de cet appareil ne peut être comparée à celle d'aucun autre, et j'ai la confiance qu'après un essai, mes confrères l'adopteront définitivement. Il est un complément obligé de l'appareil gélatiné-lacé du Dr Hamon de Fresnay. Ces procédés demandent un peu plus de temps pour leur application, mais outre qu'ils permettent l'examen de la partie lésée, ils sauvegardent la responsabilité du chirurgien, et lui permettent de visiter beaucoup moins souvent son malade.

Observation. — Le sieur Perrin, âgé de 21 ans, demeurant à Rainville, canton d'Aigre, en sortant le soir dans l'obscurité, le 12 décembre 1874, glissa sur le pavé humide, devant la porte de sa maison, tomba sur le genou gauche, et se fit une fracture transversale de la rotule. Je me trouvais précisément dans une maison voisine, et fus appelé sur l'heure. — L'écartement des deux os était de 0,02 centimètres environ.— N'ayant rien sous la main pour établir mon appareil, j'appliquai le bandage unissant des plaies en travers

sans me préoccuper de l'inflammation légère qui pouvait survenir dans des tissus si pauvres en vaisseaux. — Ce ne fut que le lendemain 13, que je procédai à l'application de l'appareil gélatiné-lacé.

Malgré le bandage de toile, l'écartement des fragments s'était augmenté d'un demi-centimètre.

Le bandage ci dessus décrit étant en place, j'opérai une très-légère traction sur les deux parties unissantes et encore molles, et les tissus présentant un peu de gonflement, je remis au 15 la coaptation complète. Ce jour-là j'y arrivai facilement, la gélatine étant parfaitement desséchée.

Un coussin avait été dès le premier jour placé sous le talon et la jambe, pour produire un mouvement de bascule éminemment favorable.

Pendant les deux premières nuits, mon patient souffrit un peu, puis ne ressentit qu'une simple gêne.

Le 5 janvier 1875, je relachai le lacet pour faire exécuter à l'articulation quelques mouvements, manœuvre que le malade fit ensuite lui-même chaque jour, en ayant soin de resserrer au même point son appareil, au bout de quelques instants.

Le 18 janvier, j'enlevai le bandage, et je constatai la réunion sans tissu intermédiaire. J'avais obtenu une véritable suture osseuse, et les deux rotules ne présentaient d'autre différence qu'une très-légère saillie transversale suivant la ligne de la fracture.

Huit à 10 jours après, je rencontrai mon malade qui taillait la vigne, et chacun sait que, dans notre pays, il faut, pour ce travail, fléchir à chaque instant les genoux. — Toute trace de fracture a disparu depuis.

Je ne m'explique pas pourquoi, en pareil cas, l'appareil plâtré est préféré par M. le Dr Lucas Championnière; quoi qu'il en soit, ni dans le mode d action, ni dans le *modus faciendi*, on ne peut établir de rapport entre les deux appareils.

Aigre, 10 juillet 1875.

Dr Nelson-Pautier.

Nous félicitons notre honorable confrère d'avoir eu l'idée d'appliquer notre appareil gélatiné à une lésion osseuse qui ménage, trop souvent, de grands mécomptes à l'homme de l'art. Une telle pensée, nous l'avouons, ne nous était pas venue à l'esprit et cependant, plus d'une déception, eut dû être de nature à nous l'inspirer.

Il y a deux ans, par exemple, ayant eu à traiter un sujet affecté d'une fracture transversale de la rotule, le cal s'est trouvé si peu solide, que l'écartement des deux fragments osseux s'est élevé à 0,05! Il y a bien eu beaucoup de la faute du malade, affecté trop tôt d'une véritable manie de déambulation; mais avec un bon appareil il eut pu se livrer, sans trop de risques, à ses goûts pour le mouvement.

Ajoutons que, malgré une vicieuse consolidation, la marche s'effectue avec assez de rectitude, et sans trop de fatigue.

Notre honorable confrère a cru bon de modifier notre appareil sur deux points de détail. Nous croyons que c'est à tort.

Il a appliqué les bandes gélatinées directement sur la peau. Nous avons pour constant de protéger l'enveloppe dermoïde, toujours si délicate, à l'aide d'une couche d'ouate.

De plus, M. Nelson Pautier fait avec ses doloires deux appareils inamovibles indépendants. Nous croyons, encore une fois, qu'il serait préférable, pour assurer toujours un degré convenable de constriction aux deux cuirasses, de sectionner chacune d'elles sur le côté, et de rapprocher les valves selon les indications, au moyen d'un lacet.

Cet appareil, au double point de vue de la simplicité et de la sûreté, nous semble un grand perfectionnement apporté au traitement des fractures transversales de la rotule. Il serait à désirer qu'il fût connu de tous les praticiens. Il pourrait éviter à plus d'un d'entre eux, des déceptions analogues à celle qui nous est arrivée à nous-même, dans le cas ci-dessus rappelé, pour avoir fait usage d'un mode de contention défectueux.

D. L. H.

La balano-posthite et le phimosis diabétique.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de rectifier, en quelques

lignes, une appréciation de votre compte rendu sur la balano-posthite et le phimosis diabétiques, appréciation qui pourrait induire en erreur les praticiens et infirmer la légitimité du caractère séméiologique qué j'ai scrupuleusement décrit.

Vous dites : —« Toutes les fois que l'on constate un état œdémateux inflammatoire du côté du prépuce, en dehors d'une cause syphilitique, il faut ouvrir les yeux et songer au diabète. »—Or l'œdème du prépuce, dans ce cas, n'est qu'un épiphénomène. Ce qui constitue la spécificité véritable de cette balano-posthite et du phimosis consécutif, c'est sa nature parasitaire, c'est la présence constante, dans la sécrétion purulente du gland, de champignons particuliers, facilement reconnaissables au microscope, champignons qui coïncident avec l'existence du sucre dans les urines.

En voici du reste la curieuse pathogénie, qu'il importe au diagnosticien de bien connaître :

Par suite de la miction fréquente d'une urine chargée de sucre, dont une partie s'arrête ou s'éjourne dans la cavité prépuciale qui forme quelquefois une espèce d'infundibulum au-devant de la verge, il survient une irritation avec gonflement du pourtour du méat urinaire, puis une rougeur diffuse de toute la muqueuse balanique. Cette balanique s'accompagne d'un prurit insupportable, comme dans l'érythème vulvaire, capable de troubler le sommeil, prurit dû, selon le professeur Friedreich, de Heidelberg, à la présence constante, sur la couronne du gland et de chaque côté du frein du prépuce, *de champignons spéciaux du genre aspergillus*, soit dans le smegma, soit entre les lamelles épithéliales. Cet auteur leur assigne une valeur diagnostique absolu dans le cas où la quantité de glycose est assez faible pour que les réactions potassique et cuprique laissent quelque incertitude. Les urines chargées de sucre, qui séjournent dans le sac préputial ou dans le vestibule vulvaire, ne tardent pas, dit M. le professeur Gubler, à y subir la fermentation acétique ou lactique. Après quelque temps, la métamorphose se produit d'autant plus vite que des *spores de mucédinée*, ayant tous les caractères de *l'oïdium albicans*, s'y étant développées, comme on l'a constaté à l'aide du microscope, agissent à la manière des ferments. Il en résulte une irritation vive des organes sexuels et, de proche en proche, des régions circonvoisines de la peau, d'où une démangeaison parfois insupportable et caractéristique. *Les mêmes produits végétaux existent constamment aux parties génitales des diabétiques*, suivant l'observation de Friedreich ; cette pathogénie m'a paru justifier pleinement la dénomination de *balano-posthite parasitaire* que j'ai donnée à cette affection.

Ci l'on abandonne la maladie à son propre cours, l'inflammation du gland et du feuillet muqueux du prépuce se communique au tissu cellulaire sous-muqueux de la verge, d'où résulte un *phimosis* plus ou moins complet, quelquefois simple, d'autres fois œdémateux, compliqué d'ulcérations, de fissures plus ou moins profondes sur le limbe du prépuce, de plaques d'herpès ou d'éruptions anthracoïdes, dont on retrouve les analogues sur les bourses ou sur les cuisses.

A ces accidents se joint un écoulement séreux lactescent, renfermant des exsudations blanchâtres, caséiformes, répandant une odeur butyreuse, acide, rougissant fortement le papier de tournesol et fournissant au microscope tous les caractères de *l'oïdium albicans*.

Ici commence le danger pour le praticien. Souvent le malade ignore qu'il est diabétique, et vient consulter le médecin *pour le phimosis exclusivement*. C'est là la gravité du fait et par suite l'importance de signe que nous décrivons. Les moyens médicaux habituellement employés ne réussissant pas à guérir les lésions précédentes, on conseille fatalement *l'opération de la circoncision*, dans la conviction qu'on n'a sous les yeux qu'un phimosis soit congénital, soit accidentel. Or, nous avons vu dans des cas pareils, des accidents formidables succéder à cette opération le plus souvent inoffensive. La gangrène a envahi le prépuce et le scrotum. Nélaton et le Dr Pall ont cité des exemples de mort à la suite de circoncision dans ces conjonctures. L'analyse chimique des urines et l'examen

au microscope de la sécrétion fournie par la balano-posthite parasitaire sont les seules bases d'un diagnostic solide et légitime. C'est ainsi que des praticiens aussi habiles qu'observateurs, consultés pour un phimosis seulement, au simple aspect du malade présentant sur les bourses, sur les cuisses ou sur d'autres points du corps, des furoncles, des anthrax, ou bien à la résistance étrange de cette balano-posthite aux moyens ordinaires, *ont reconnu d'emblée le diabète*, auquel ni le médecin consultant, ni le malade n'avaient songé un instant. Diagnostic intéressant, que confirmait victorieusement l'examen chimique des urines.

Cette affection peut se rencontrer à tout âge, chez les enfants, chez les adultes, comme chez les vieillards..... Ces lésions sont directement sous la dépendance de la glycosurie. Elles se montrent aux diverses périodes du diabète, début, état, terminaison. Elles révèlent ordinairement une glycosurie permanente, un diabète confirmé Elles coïncident généralement avec la présence dans les urines d'une dose assez forte de sucre. Elles sont quelquefois, je le répète avec insistance, *les seuls signes apparents de la maladie*, dont les clients se plaignent à leur médecin. Cela arrive souvent chez les diabétiques gras, grands mangeurs et gros buveurs. Elles coexistent fréquemment avec le ramollissement des gencives, la carie dentaire, l'haleine fétide, *sui generis*, signalée par Desmarres, quelquefois avec le muguet buccal et même avec l'angine gangréneuse. La frigidité, l'impuissance, les pertes séminales précèdent, accompagnent ou suivent ces symptômes, dans certains cas. La balano-posthite parasitaire et le phimosis diabétique peuvent être les prodromes de furoncles, d'anthrax, d'érysipèle gangréneux. Ces lésions peuvent survivre à la suppression totale du sucre dans les urines. Elles indiquent généralement une notable altération du sang ou glycérine.

Conclusions pronostiques et thérapeutiques. — Le pronostic de cette inflammation spéciale, d'origine parasitaire, est corrélatif au diabète, dont elle est l'expression réelle; à sa forme, à l'état général du malade, aux complications locales du phimosis, ulcérations, œdème phlegmoneux, indurations plastiques, sclérème local et gangrène spontanée.

On doit donc être très-réservé sur les conséquences, les terminaisons de ces accidents diabétiques, qui ont été parfois mortels.

Leur durée, dans certains cas, a été courte ; ils ont cédé alors promptement au traitement méthodique général. Ils ont quelquefois récidivé avec la réapparition du diabète. Ils ont persisté, mais rarement, malgré la suppression complète du sucre dans les urines. Le traitement chirurgical seul, dans d'autres cas, a pu triompher des altérations survenues dans les tissus du prépuce. Le traitement général est celui du diabète: suppression des féculents régime azoté, emploi des alcalins, de l'arsenic, des préparations toniques.

Le traitement local consiste en injections alcalines sous-préputiales, ou injections phéniquées au 200e ; en grands bains alcalins alternés avec les bains sulfureux.

Quant *au traitement chirurgical*, comme vous l'avez fait si bien ressortir, *ceci est capital*, il ne peut et ne doit être appliqué qu'après un examen clinique très-complet des urines, qu'après un traitement général rationnel, suivi pendant un temps suffisant pour avoir mis le diabétique dans des conditions favorables à l'opération, traitement que l'on doit continuer avec les soins chirurgicaux et après la guérison du phimosis. Il ne faut pas oublier que la plus petite opération chez le glycosurique peut amener une gangrène mortelle.

Telle est la valeur du syndrome nouveau que je signale à mes confrères. Ce symptôme a été *indiqué très-nettement*, dès 1807, par Bardsley, répété par Marchal de Calvi, Gubler, Jaccoud, Demarquay et autres praticiens distingués, mais *non décrit spécialement*. Ce signe de première importance est resté lettre morte et inconnue pour la généralité des médecins, même des spécialistes. Je crois donc avoir rendu un véritable service à la séméiologie, en écrivant sur ce sujet une courte mais substantielle monographie.

Dr. de BEAUVAIS.
Médecin en chef de Mazas

OBSTÉTRIQUE.

Sur un mode particulier et très-avantageux de pratiquer la version, dans les positions dorso-postérieures de l'enfant.

Le 6 juillet dernier, j'ai été appelé à 1 heure 1/2 du matin, rue de Saint-Sulpice, par M. Saint-Ourens, sage-femme, pour l'assister, dans les circonstances suivantes, auprès d'une jeune dame, tertipare âgée de vingt-deux ans.

La poche des eaux s'était rompue spontanément à 11 heures 1/2 du soir, au moment où Mme M...montait au lit. La sage-femme, mandée aussitôt, a trouvé une dilatation presque complète, et a constaté la présence d'un coude à l'orifice. Elle m'a fait appeler sans retard.

A mon arrivée, j'ai trouvé la malade placée en travers du lit, les pieds reposant sur deux chaises. La main droite était sortie de la vulve, la face palmaire en avant, le pouce dirigé vers la cuisse droite de la parturiante. La vie de l'enfant se traduisait à la vue par les mouvements des doigts.

Il s'agissait de pratiquer la version au plus vite. Le plan antérieur de l'enfant étant en avant, je devais trouver les organes pelviens en avant et à gauche de la mère. En conséquence, je fis choix de la main droite pour exécuter la manœuvre.

Je mis un genou sur un coussin, et engageai l'avant-bras jusqu'au coude, pour aller à la recherche d'un genou ou d'un pied. Malgré l'absence absolue des douleurs, l'utérus était déjà rétracté, et ma main se trouvait très à l'étroit Je parvins, non sans peine, à la partie antérieure d'un genou; mais, impossible d'aller un peu plus loin, pour le crocheter avec le doigt. J'étais très-mal à l'aise, et la position que j'avais dû prendre avait bien vite fait naître chez moi la fatigue. Bon gré, mal gré, force m'était de retirer la main, ne fût-ce que pour me reposer un instant.

Ce fut alors que l'idée me vint de recourir à une manœuvre qui m'a plusieurs fois rendu service dans les positions dorso-postérieures.

En pareils cas, les extrémités pelviennes se trouvent à la partie antérieure et dans les profondeurs de l'utérus. Lorsque cet organe est fortement appliqué, je dirai même moulé sur le fœtus, il devient très-difficile, très-laborieux pour l'accoucheur, douloureux, et non sans danger pour la femme, d'aller à la recherche des pieds, lorsque cette dernière affecte la position habituelle, en supination. En de telles conditions, l'opérateur est mal à l'aise, car sa position n'a rien de naturel. Il épuise vite ses forces et, pour peu que les difficultés soient sérieuses, il est rare qu'il puisse exécuter sa manœuvre en un seul temps.

Il est une position, trop peu utilisée en obstétrique, qui, dans l'espèce, aplanit singulièrement toutes les difficultés. Cette position est celle que j'appelle : *Tête en bas, siége en haut.*

On fait placer la femme sur les genoux, la tête et la partie supérieure du tronc reposant sur la couche. Posée en travers du lit, la parturiante présente le siége à l'accoucheur.

On doit comprendre de suite les avantages d'une telle position. L'homme de l'art debout, en regard des organes génitaux externes, et dans une attitude naturelle, n'éprouve aucune gêne, aucune fatigue, et dispose de toute sa force. D'un autre côté, la malade, dans une telle attitude, a à peine besoin d'être maintenue.

Il suffit d'un aide, pour l'embrasser par la partie supérieure du tronc, pendant les les efforts de l'extraction.

Quant à la manœuvre, elle se trouve en des conditions si favorables, simplifiée de la façon la plus remarquable. L'accoucheur n'a qu'à engager la main en avant et en bas, dans les parties les plus déclives de l'utérus, et il arrive presque sans coup férir sur les pieds.

Pour ce qui est du pelotonnement du fœtus, pour peu que la rétraction de l'utérus ne soit pas trop prononcée, il s'effectue d'ordinaire avec assez de facilité, eu égard aux conditions avantageuses dans lesquelles se trouvent placés parturiante et accoucheur.

Ce fut une telle attitude que je fis affecter à Mme M... Quelques secondes me suffirent pour atteindre un pied. Le difficile fut de l'entraîner, la lubréfaction de cet organe, qui déjà fournit à la main si peu de prise, le faisant incessamment glisser entre mes doigts. Enfin je finis par l'attirer au dehors de la vulve, et Mme Saint-Ourens glissa adroitement un lacs sur la région malléolaire.

Quelques tractions effectuées sur l'organe restant sans bon résultat, je fis placer de nouveau la malade dans l'attitude dorsale. Quelques instants après, j'opérais, avec la plus grande facilité, l'extraction d'un garçon, en état d'asphyxie.

Je confiai l'enfant à Mme St-Ourens, qui le ramena à la vie, après un quart d'heure de soins assidus. Pendant ce temps, je m'occupais moi-même de l'extraction du délivre, que j'avais trouvé descendu dans le vagin.

Cette couche avait eu lieu sans aucune douleur. A la suite de la délivrance, l'utérus tomba dans un état d'inertie, qui donna lieu à une hémorrhagie, contre laquelle nous eûmes à lutter pendant une heure et demie. Nous en triomphâmes en excitant le col et le fond de l'utérus, et en administrant 4 grammes de seigle ergoté.

Le rétablissement de la mère a eu lieu sans le moindre accident.

Deux mots maintenant sur l'origine d'un mode opératoire, que je n'ai vu décrit dans aucun classique. Je l'ai conçu et mis à exécution pour la première fois, il y a quinze ans, dans les circonstances suivantes :

J'avais été appelé, à quatre lieues de mon domicile, par un honorable confrère qui avait échoué dans ses tentatives plusieurs fois réitérées. J'essayai à mon tour les mêmes manœuvres, et ne parvins qu'à faire horriblement souffrir la patiente, et à me mettre moi-même en nage et hors d'haleine. Ce fut alors que je songeai à changer l'attitude de la femme, et à lui donner une position qui me rendit la recherche des pieds plus facile. Je lui fis affecter l'attitude *a tergo : tête en bas, siège en haut.*

L'utérus était si fortement rétracté, que ce ne fut qu'avec une peine excessive que je parvins à enfoncer l'avant-bras jusqu'au coude. La main parvenue au fond de l'organe, je trouvai aussitôt un pied dont je me saisis; mais il s'agissait de produire le pelotonnement. La résistance, opposée par la constriction de l'utérus, était si grande, que je crus un moment à l'impossibilité d'exécuter ma manœuvre. Après bien des efforts, je pus enfin entraîner un pied. Ma fatigue était si grande que je dus prendre une demi-heure de repos. Mes forces revenues, je replaçai la femme dans la même attitude, *a tergo* pour aller à la recherche du second pied, les tractions effectuées sur le premier étant inefficaces. Mais je rencontrai de telles difficultés que je me décidai à revenir à la position classique, en supination, qui me permit bientôt d'achever l'œuvre de la délivrance. L'enfant, cela va de soi, était privé de vie ; quant à la mère, malgré la brutalité (tranchons le mot), de nos longues manœuvres, elle s'est rétablie sans accident. Il est vrai qu'elle habitait une ferme en rase campagne.

Depuis cette époque, j'ai eu plusieurs fois recours à l'attitude particulière dont je viens de parler. Grâce à elle, il m'a toujours été donné de terminer assez aisément des accouchements qui n'avaient pu être effectués, soit par d'autres, soit par moi-même, la femme affectant le décubitus dorsal.

Dans les positions dorso-postérieures, auxquelles s'applique ce mode de délivrance, la version est d'ordinaire facile par la méthode usuelle, lorsque l'utérus, bien que rétracté, n'embrasse pas trop étroitement les parties fœtales. Dans les conditions opposées, les manœuvres de l'extraction peuvent devenir très-pénibles pour l'opérateur, et pleines de périls pour la malade.

Dans certains cas, il peut se faire, même, que la version soit impossible. Il y a deux ans, un fait de cette nature s'est passé sous mes yeux.

Un accoucheur, jouissant d'une réputation très-légitime, appelé à la suite de tentatives infructueuses d'une sage-femme et d'un premier confrère, n'a pas été lui-même plus heureux. La femme a suc-

combé après de longues souffrances, sans qu'il ait été possible de la délivrer. Si le procédé de *a tergo* avait été mis en pratique, il y a tout lieu de croire que cette catastrophe eût pu être évitée.

Dans tous les cas, il était encore un dernier moyen à employer. Il fallait recourir à la détroncation : or, ce moyen n'a pas été tenté. Perdant tout espoir, les accoucheurs ont jugé convenable de se retirer. La malheureuse femme n'a succombé que 24 heures après leur départ. Je le répète, il est plus que probable que la décapitation de l'enfant ait eu au moins pour effet de sauver la vie de la mère.

Pour en revenir à mon objet, j'engage mes confrères à prendre note du mode de délivrance dont je viens de parler, et d'imiter la conduite que j'ai adoptée dans ces cas particuliers.

Je fais d'abord une tentative selon le mode consacré par l'usage. Si je rencontre une trop grande difficulté, quelque répugnance qui se puisse attacher à une posture si peu dans les habitudes, je fais poser la malade dans la posture *a tergo*. Les circonstances paraissent assez graves, pour qu'aucune observation puisse être adressée à l'accoucheur qui, par son sang-froid, sa dignité, et son assurance sait mériter la confiance absolue de tous ceux qui l'entourent.

Dr L. Hamon.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Vomissements incoercibles de la grossesse ; dilatation du col par le Dr E. Copeman ; action de manœuvres diverses ; tampon. — Le docteur Édward Copeman, de Norwich, décrit dans le *British Medical Journal* un nouveau mode de traitement des vomissements incoercibles de la grossesse lui ayant donné des résultats trop remarquables pour qu'on ne les signale pas. Il fut appelé au mois de juin dernier auprès d'une femme grosse de six mois environ, tellement émaciée par des vomissements incessants qu'on éprouvait de grandes craintes pour sa vie. Il y avait avec les vomissements quelques contractions utérines, et le col utérin était assez ouvert pour recevoir facilement le doigt. M. Copeman pensa devoir provoquer le travail. Il dilata le col tant qu'il put avec le doigt, et put sentir alors les membranes et la tête de l'enfant. Il voulut alors déchirer les membranes avec une sonde de femme, le seul instrument qu'il eût sous la main. N'y pouvant réussir, il songea à rompre la poche par un autre procédé, mais voulut d'abord laisser reposer la malade. Celle-ci fut revue au bout d'une heure. Elle était déjà restée ce long temps sans vomir. On attendait alors, espérant qu'elle prendrait quelque nourriture et serait plus forte pour supporter l'intervention opératoire. Au bout de deux heures les vomissements ne s'étaient pas reproduits ; on attendit encore ; puis toute la nuit se passa de même. L'amélioration persistant, les vomissements ne reparurent plus, la grossesse continua, et cette femme tout à fait remise put accoucher à terme d'un enfant bien portant.

M. Copeman fut très-frappé de ce fait. Il était singulier que la dilatation du col avec le doigt eût suffi à interrompre le cours de ces vomissements ; il supposa qu'elle avait dû agir en supprimant une tension exagérée de l'utérus qui amènerait une irritation sympathique.

Il fut mandé peu après en province pour une femme enceinte de deux mois avec vomissements incoercibles, traitée sans succès par tous les moyens usuels. Le médecin de la famille désirait qu'il provoquât l'avortement. Le toucher lui ayant fait voir un peu d'antéversion et un col entr'ouvert, il dilata celui-ci avec le bout du doigt appuyant tout autour de façon à assouplir toute partie rigide. La femme vomit seulement une fois et très-modérément après cette manœuvre, et depuis n'a plus éprouvé d'accidents ; elle est

bientôt à son terme, prête d'accoucher.

Le 6 avril dernier, M. Copeman vit en consultation une femme au huitième mois de grossesse, ayant eu déjà neuf ou dix enfants. Délicate de constitution, elle avait beaucoup vomi au début de la grossesse ; puis ensuite de temps en temps ; mais, depuis trois semaines, les vomissements étaient devenus incessants, elle ne pouvait rien garder. On avait épuisé tous les remèdes possibles. Elle était faible et émaciée. Elle avait beaucoup d'albumine et du pus dans l'urine; de telle sorte que l'on put craindre une complication rénale grave. Cette dame était si mal qu'elle eût consenti volontiers à l'accouchement prématuré. Comme dans les autres cas, le col était ouvert, ridé et dilatable. M. Copeman le dilata autant qu'il put avec le doigt. Les vomissements cessèrent ; la malade put prendre des aliments solides (mouton, bouilli, asperges) puis boire de la bière. Elle accoucha dix-sept jours après d'un enfant vigoureux et fort, de huit mois probablement, et put supporter le travail sans trop d'épuisement.

On voit toute l'importance de ces curieuses observations, ajoutant une précieuse ressource à celles dont nous disposons contre les vomissements incoercibles, et qui restent trop souvent infidèles. M. Copeman se propose de publier les faits qui viendraient confirmer la valeur de cette méthode.

Nous ne connaissons pas de cas où cette manœuvre avec le doigt ait été employée. Un certain nombre de faits se rapprochent pourtant du précédent et il n'est pas inutile de les rappeler. M. de Saint-Germain nous a rapporté, que dans un cas analogue, il avait appliqué le dilateur de M. Tarnier pour provoquer l'avortement. Aussitôt après cette application, les vomissements cessèrent pour ne plus reparaître. Les membranes n'avaient pas été déchirées, et on put espérer longtemps que la grossesse irait à son terme. L'expulsion de l'œuf ne se fit que plusieurs semaines après que les vomissements avaient cessé.

Dans sa thèse de concours (1), M. Guéniot rapporte que lors d'avortement ou d'accouchement provoqué, souvent les vomissements ont cessé immédiatement après la ponction, citant le cas de Robert Lee, où l'œuf fut ponctionné et vidé, et où l'avortement ne se fit que quelques semaines plus tard, et cependant les vomissements cessèrent après la ponction.

Mme Callé, sage-femme en chef de la Maternité, a rapporté l'observation d'une femme à trois mois de grossesse, chez laquelle P. Dubois pratiqua l'avortement. Il décolla l'œuf en introduisant la sonde utérine. Dès après l'opération les vomissements cessèrent. Cependant l'expulsion du produit de la conception ne se fit que six semaines après.

Le fœtus avait survécu à l'oppération, ce qui fut démontré parce qu'on entendit plus tard des bruits du cœur, et aussi parce qu'il avait continué à s'accroître, son volume lors de l'expulsion en était une preuve. Mme Callé, qui a suivi la malade très-attentivement, a bien voulu nous donner ces détails.

Ces faits, on le voit, sont favorables à l'hypothèse de M. Copeman, à savoir que la distension de l'utérus, une sorte de contracture, peut par action réflexe amener les vomissements, mais on rencontre encore des observations où des modifications bien plus minimes du col ont entraîné la disparition des vomissements. On trouve dans le *Dictionnaire des praticiens*, l'indication et le résumé de cas où des sangsues (art. 4692), des cautérisations au fer rouge ou même des attouchements au nitrate d'argent sur le col (art. 7814) les ont arrêtés.

Enfin, M Tarnier nous rapportait ces jours-ci une observation plus curieuse encore. Chez une femme multipare, au troisième mois de sa grossesse, il put observer des vomissements incoercibles contre lesquels on avait essayé de différents moyens sans succès, et les accidents étaient menaçants. Il eut l'idée d'introduire dans le vagin un gros tampon de ouate qu'il laissa en place. Les accidents cessèrent pour ne plus reparaître. Sur le tampon, il y avait un peu de glycérolé de belladone; mais M. Tarnier attache peu d'importance à ce médicament ; c'est à

(1) Des vomissements incoercibles pendant la grossesse. Paris, 1863, chez A. Delahaye.

l'action mécanique du tampon qu'il faut rapporter la guérison.

Il est incontestable que ces faits sont d'un haut enseignement pratique, et pour notre part, en cas d'accidents semblables, nous tenterons certainement l'application si simple du tampon. Nous emploierons ensuite, en cas d'insuccès, la méthode de M. Copeman, qui en peu de temps, a déjà pour elle la sanction d'une importante expérience.

En outre, on peut voir immédiatement combien cette méthode l'emporte sur toutes celles destinées à provoquer l'avortement rapide. Non-seulement, elle peut conserver la vie de l'enfant, mais elle est à coup sûr moins dangereuse pour la mère que la manœuvre destinée à assurer l'avortement. Probablement à cause du mauvais état général qui empêche de supporter le travail et ses conséquences, la mortalité après l'avortement provoqué dans ces cas est énorme. M. Guéniot cite onze cas de mort sur trente-deux cas. L'opération de M. Copeman ne doit pas exposer à des conséquences aussi nécessairement graves, et nous sommes assurés que nos lecteurs s'empresseront d'y recourir à la première occasion.

(*Journal de méd. et de chir. pratiques.*)

Gerçures du sein et crevasses du mamelon chez les nourrices, moyen d'y remédier.— Des gerçures, des crevasses et des ulcérations peuvent se faire sur le mamelon et à sa base, sous l'influence du mâchonnement exercé par l'enfant. C'est aussi la conséquence d'un lait peu abondant, de mauvaise qualité, ou d'une maladie de la bouche du nourrisson.

Ces crevasses sont très-douloureuses, surtout lorsque l'enfant veut têter, et la douleur est quelquefois si violente que la succion est impossible. Il en résulte souvent une inflammation des conduits galactophores qui amènent le lait à l'extérieur, un engorgement du sein et par suite un abcès à la mamelle, enfin l'ulcération circulaire de la base du mamelon qui amène la chute de cette partie toute entière.

On remédie à ces accidents en faisant usage de bouts de sein, il y en a de diverses variétés, mais les enfants ont souvent de la peine à les prendre ; des lotions avec une faible solution d'acétate de plomb ou de sublimé, de la pommade de concombre, l'eau de Mme Delacour peuvent également être employées avec succès.

Dans quelques cas, on a réussi par le moyen très-simple que M. Bondel a imaginé. Ce moyen consiste à enduire le bout du sein de teinture de benjoin en se servant d'un pinceau de blaireau très-fin. Par l'évaporation de l'alcool, le benjoin se dépose en poudre impalpable sur la surface de la crevasse et permet ainsi à la petite plaie de se cicatriser en la mettant à l'abri du contact de l'air. Cette substance n'ayant aucune propriété nuisible pour l'enfant, il n'est pas nécessaire de chercher à l'enlever à l'aide de lotions quand on veut lui donner à têter. Immédiatement après qu'il a quitté le sein, on applique une nouvelle couche de benjoin.

Lorsque ces moyens échouent, on peut employer le traitement imaginé par Legroux, et qui consiste à envelopper le mamelon d'un épiderme artificiel, sur lequel se passerait l'effort de succion. La baudruche est très-propre à remplir cette indication. Seulement il faut l'agglutiner à l'aide d'une substance insoluble dans la salive, le lait, la transpiration cutanée. Le collodion, rendu élastique par l'addition de 50 centigrammes d'huile de ricin et 1 gr. 50 centigr. de térébenthine par 30 grammes, peut rendre ce service.

A l'aide d'un pinceau, on étale au pourtour du mamelon une couche mince de cette substance, dans un rayon de quelques centimètres. On applique par-dessus une pièce de baudruche percée de quelques trous d'épingle, au niveau du mamelon pour laisser passer le lait. On évite d'étendre le collodion sur le mamelon qui en serait très-douloureusement impressionné.

La vaporisation rapide de l'éther amène une prompte dessiccation du collodion et l'agglutination presque immédiate de la baudruche. Le mamelon se trouve ainsi plus ou moins affaissé par la baudruche qui le recouvre et qui se tend en se desséchant.

Lorsque l'on veut approcher l'enfant du sein, on mouille avec de l'eau le bout du mamelon. La baudruche qui le recouvre devient molle et souple, se prête à l'ampliation de ce petit organe, tout en préservant les ulcères et les crevasses contre les efforts de la succion. L'allaitement se fait alors avec une extrême facilité, avec peu de douleurs. Et dans l'espace de quelques jours, les ulcères et les crevasses sont guéris.

On peut dire qu'avec ce moyen, il n'y a plus d'ulcères ou crevasses du mamelon.

Là ne paraissent pas devoir s'arrêter les services que l'on peut en attendre.

Sur une femme dont l'affection du mamelon avait provoqué une tuméfaction phlegmoneuse de la partie inférieure du sein, la baudruche, appliquée sur le mamelon, et prolongée sur toute la partie phlegmonée, permit à la mère de livrer son sein à l'enfant, et le dégorgement inflammatoire s'opéra dans l'espace de deux à trois jours. Sans doute, l'élimination du lait a dû contribuer à la résolution. Mais l'imperméabilité de l'enveloppe ne paraît pas devoir lui être étrangère, car sur une autre femme, le sein droit, privé de mamelon, ne peut être dégorgé par la succion, il devint le siége d'un engorgement considérable, avec douleur et dureté.

Il fut enveloppé de baudruche, et, dans l'espace de deux à trois jours, il s'est dégorgé. (*Archives belges de thérapeutique.*)

Observation d'aphonie nerveuse guérie par des inhalations de chloroforme, par M. le Dr de Ridder (de Waereghem). Julie R..., non mariée, âgée de 28 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament mixte nervoso-sanguin, abondamment réglée, à tel point que l'écoulement menstruel simule une véritable métrorrhagie, se trouva, à la suite d'un rhume, dans l'impossibilité de parler à haute voix. Après avoir patienté pendant trois semaines, elle vint me consulter au sujet de ce malaise et me raconta qu'elle avait déjà épuisé toute la série de moyens vulgaires usités en pareil cas : tels que boissons émollientes, cataplasmes émollients, etc.

Un examen convenable de la poitrine, de la gorge et du cou ne me fit découvrir aucun symptôme de phthisie pulmonaire ou laryngée, nulle trace d'inflammation ou de rougeur dans l'arrière-bouche, aucune douleur au niveau du larynx. Pas de cachexie syphilitique, pas de gonflement, pas de tumeur. Au reste, la déglutition et la respiration s'exécutaient sans difficulté et elle jouissait de toute la plénitude de ses facultés intellectuelles.

Comme l'aphonie avait été précédée de toux, je m'arrêtai à l'idée qu'elle pouvait être le résultat d'un peu d'irritation, qui avait persisté au niveau des cordes vocales et j'ordonnai sans succès des frictions avec l'huile de croton tiglium à la région laryngée.

Je l'avais déjà traitée plusieurs fois, pour des attaques d'hystérie et il me vint alors à l'esprit de recourir à un autre ordre de médicament, pensant que l'aphonie était nerveuse et qu'elle pouvait très-bien être une manifestation de la névrose à laquelle Julie R. était sujette. Je lui donnai, sans succès, des pilules d'asa-fœtida, puis une mixture narcotico-antispasmodique.

Je me rappelai alors un cas d'aphonie nerveuse à la suite d'un saisissement où les inhalations de chloroforme poussées jusqu'à la syncope avaient rendu de grands services. Mais, je l'avoue, j'avais peur d'administrer ainsi le chloroforme, pour un pareil cas. Je confiai donc à ma malade, un petit flacon de ce liquide et je lui en fis respirer les vapeurs, pendant une à deux minutes, toutes les heures, de manière à ne pas produire l'anesthésie, mais seulement jusqu'à déterminer un peu de vertige ou d'étourdissement. Au bout de 2 jours, l'aphonie cédant peu à peu, avait complétement disparu.

Cinq mois après, Julie revint avec la même affection, et réclama de nouveau un peu de chloroforme, qu'elle employa de la même façon que la première fois et le mal céda rapidement sous l'influence de la même médication.

Un an après cette guérison, la même aphonie accompagnée d'un hoquet spasmodique et de vomissements glaireux incessants, se montra à la suite d'une forte

attaque d'hystérie et d'un écoulement menstruel plus abondant que de coutume. Julie avait encore en sa possession le flacon de chloroforme. Elle s'en servit à mon insu comme les autres fois. Pendant 15 jours, elle en respira les vapeurs sans succès. Je lui prescrivis alors du chloroforme *récent*, et la disparition de l'aphonie ne se fit pas attendre. Le hoquet et les vomissements glaireux cédèrent à l'usage des perles d'éther, et contre l'écoulement menstruel trop abondant je donnai avec succès une seule goutte de teinture d'iode dans une potion gommeuse, à prendre tous les jours pendant la durée des règles.

Tel est le fait que j'ai l'honneur de porter à la connaissance de mes confrères. Je n'ai pas la prétention de leur offrir du neuf, ni de m'approprier une expérience que d'autres ont déjà tentée avant moi. Je suis heureux seulement de pouvoir insister sur une manière de se servir du chloroforme qui est exempte de danger. (*Annales de la société médico-chirurgicale de Liége.*)

De la paracentèse du tympan, par le Dr H. Schwartze, à Halle. — Cet auteur, dont deux travaux antérieurs ont singulièrement contribué à donner à cette opération otologique la place qu'elle mérite, les complète en se basant sur ses observations ultérieures. Il rejette l'essai qu'on a fait d'aspirer le contenu de la cavité du tympan au moyen de petites sondes élastiques. Il recommande pour la paracentèse son aiguille coudée à lance, mais il préfère actuellement à la petite incision de 1 à 2 millimètres, comme il la pratiquait anciennement, une incision beaucoup plus grande, du moins quand la sécrétion est visqueuse. En revanche, il est parfaitement inutile de faire des incisions à lambeau ou cruciales et de vouloir aspirer la sécrétion à travers la paracentèse du tympan au moyen d'une canule de Pravaz ; il faut se borner à injecter de l'air dans l'oreille par cette incision, si le liquide est facilement mobile, et dans le cas contraire, de l'eau chaude salée à travers la narine correspondante ou au moyen d'une sonde.

Les indications de cette opération sont : 1° une inflammation aiguë de la cavité du tympan à symptômes graves ; 2° une inflammation aiguë du tympan ; 3° une accumulation considérable de sécrétion dans des cas chroniques, quand le traitement ordinaire ne peut amener qu'une amélioration passagère. Mais même encore conseille-t-il d'individualiser pour chaque cas.

Les accidents qui peuvent se présenter pendant ou après l'opération sont : 1° le vomissement ; 2° la syncope ; 3° une blessure de la paroi du labyrinthe (sans inconvénient) ; 4° la difficulté ou même l'impossibilité d'éloigner un sécrétion visqueuse par l'ouverture pratiquée ; 5° l'apparition d'une réaction inflammatoire, soit qu'elle se limite au tympan, soit qu'elle intéresse l'oreille externe ou s'accompagne d'une inflammation suppurative de la cavité du tympan ; 6° la formation de granulations polypeuses sur les bords de l'ouverture opératoire.

Sur 163 oreilles sur lesquelles l'auteur pratiqua cette opération, il n'a compris dans sa statistique que des cas opérés depuis 2 ans ; 87 furent complétement guéris.

Traitement de la sciatique par l'électricité, par le docteur Oscar Berger. — L'auteur rapporte que sur soixante-treize cas de sciatique dite rhumatismale, traités par l'électricité, il a obtenu soixante-deux guérisons permanentes, et que sur ce nombre beaucoup avaient résisté à diverses médications mises en usage pendant un temps plus ou moins long. (*Allg. med. central zeitung.*)

Le procédé de l'auteur est le suivant : il applique le pôle positif humide sur les vertèbres lombaires pendant qu'il promène le pôle négatif sur les points douloureux. Il se sert d'un courant faradique aussi intense que le malade peut le supporter, et il prolonge chaque séance de trois à huit minutes. Ce moyen n'agit pas comme un simple irritant de la peau ; son action paraît double. Par son excessive excitation il diminue la sensibilité des parties, et d'un autre côté il produit par action réflexe

des modifications dans la circulation locale et dans la circulation générale. Là où la faradisation ainsi employée se montre insuffisante, la galvanisation serait certainement impuissante, tandis qu'il est permis d'espérer de bons effets de la faradisation dans les cas où la galvanisation a échoué.

M. Oscar Berger emploie le croton-chloral en même temps que l'électricité, soit pour diminuer la douleur pendant le jour, soit pour provoquer le sommeil pen-la nuit. (*The Clinic*, 22 mars 1875.)

Transmission de la scarlatine par la poste. — *The Lancet* publie, dans ces numéros des 9 et 16 janvier, trois lettres de médecins anglais qui démontrent la possibilité de ce singulier mode de transmission. Le Dr Land, d'Exmouth, n'avait dans sa clientèle aucun cas de scarlatine, il n'y en avait aucun dans la clientèle de ses confrères du voisinage, lorsqu'il reçut une lettre d'un de ses amis lui annonçant la perte de son enfant, mort de cette maladie. Une semaine après environ, le Dr Land ressentit les premiers symptômes d'une scarlatine bénigne. L'enfant était mort d'une scarlatine très-grave, qui avait déterminé une petite épidémie dans son entourage.

Le 5 décembre dernier, le Dr Hyatt fut appelé auprès d'une enfant présentant le rash scarlatineux avec une fièvre très-vive. Il n'y avait aucun cas de scarlatine dans tous les environs. En cherchant la cause de l'affection, le Dr Hyatt vit que les parents de l'enfant avaient reçu, d'un pays dans lequel régnait la scarlatine, et même d'amis dans la famille desquels il y avait des cas de scarlatine, de ces cartes que les Anglais ont l'habitude de s'envoyer pour l'époque de Noël.

De même le Dr Knight vit un enfant mourir en un jour d'une fièvre scarlatine maligne, après avoir joué pendant quelques heures avec une lettre que ses parents avaient reçue le matin même d'une famille où un enfant venait de mourir de la même maladie. Ici encore il n'y avait pas de scarlatine dans tous les environs. (*France médicale.*)

Fragment d'obus ayant séjourné quatre ans dans le nez d'un malade qui en ignorait complétement la présence. — Nous trouvons dans les *Bulletins de la Société anatomique* le récit par M. Lemaistre, interne des hôpitaux, d'un fait vraiment curieux. Un jeune homme de vingt-cinq ans avait depuis quatre ans un écoulement un peu fétide par le nez. On pratiqua l'examen rhinoscopique et l'on vit un corps noirâtre, présentant environ 3 centimètres de diamètre, dont on fit l'extraction. Ce corps, qui fut reconnu pour être un fragment de plomb provenant d'une chemise d'obus, était à cheval sur la partie supérieure de la cloison. Le malade racontait ainsi qu'il suit l'origine de cet étrange parasite : Pendant la guerre de 1870-1871, il faisait partie de l'armée de la Loire. Un jour, un obus éclata à côté de lui ; il ressentit un choc au visage et saigna un peu du nez. Comme il n'éprouva ensuite aucune douleur, qu'il n'avait eu au pourtour des narines aucune plaie, si petite qu'elle soit, il ne s'en préoccupa pas et conserva, jusqu'au jour où le hasard le fit découvrir, son corps étranger autant qu'étrange.

Jusqu'ici les balles nous avaient accoutumés à leurs singularités, mais les éclats d'obus, en général moins discrets, ne restaient pas inconnus; c'est ce détail qui fait surtout l'intérêt de cette anecdote pathologique. (*Revue méd. franç. et étrang.*)

Moyen aussi simple que sûr de limiter l'action des vésicatoires. — Il y a une quinzaine de jours nous avions jugé convenable d'appliquer un vésicatoire de 0,10 de diamètre, à une enfant de 6 ans affectée de coxalgie. Par suite des mouvements auxquels s'est livrée la petite malade, le vésicatoire a fait sentir ses effets bien au-delà des limites prévues et la pauvre patiente a cruellement souffert de ce luxe de dérivation.

Ce petit malheur nous a donné l'idée, ces jours derniers, de recourir, chez la même enfant à un expédient qui nous a réussi à souhait, car la vésication a été limi-

tée, pour ainsi dire, comme à l'emporte-pièce.

Pour obtenir cet effet, il nous a suffi de maintenir l'épispastique à l'aide de 5 à 6 bandelettes de toile, larges de 0,015, longues de 0,05 à 0,06, fixées moitié sur le vésicatoire, moitié sur la peau circonvoisine à l'aide de collodion.

C'est aussi simple que l'œuf de Christophe-Colomb! mais fallait-il encore y penser. Or, quant à nous, cette idée, si naturelle pourtant, ne nous était encore jamais venue à l'esprit. L. H.

Amaurose guérie par l'extraction des racines des dents, par M. Fruchauf, de Nordhausen. — Une demoiselle avait été traitée par un médecin pour une diminution de la vue de l'œil gauche qui avait néanmoins tellement progressé qu'elle n'y voyait plus. Ayant consulté l'auteur pour ses dents, elle subit l'extraction de la racine de la dent canine supérieure gauche, qui recouvrait un abcès, et de 8 autres canines du maxillaire supérieur. Le lendemain, elle vint le saluer en lui disant : Je puis voir! Le mydriasis qu'elle présentait auparavent avait disparu, et la vue existait en effet de nouveau. Il est regrettable de ne pas savoir, si dans cette observation la papille du nerf optique était anémique ou conjectionnée, ou s'il n'y avait eu qu'un simple mydriasis, et cela surtout parce que cette donnée manque également dans quelques cas analogues qui ont été publiés précédemment.

Marche insolite d'une paralysie faciale de cause périphérique.— Il n'est pas rare, dans le cours d'une paralysie faciale d'origine périphérique, de voir une exagération de la contractilité musculaire sous l'influence des courants galvaniques, alors que les courants induits ne produisent plus de contractions ; mais ce phénomène ne se produit jamais que de dix à douze semaines après le début de la maladie. Or, dans le cas que rapporte le docteur M. Bernhardt, ces mêmes phénomènes se sont manifestés au bout de cinq semaines. Ordinairement dans de telles conditions la guérison se fait longtemps attendre, tandis que le fait du docteur Bernhardt, dès la neuvième semaine la guérison était presque complète. S'il a fait connaître cette observation, c'est qu'il tenait à faire voir combien les symptômes qui se passent du côté des muscles sont variables, et par conséquent le pronostic réservé.

(*Courrier médical.*)

Thérapeutique de l'érysipèle au moyen d'injection sous cutanées d'acide carbolique, soit phénique, par le Dr Aufrecht, de Magdebourg (*Central Blatt füer die medicinisches Wissenschafsen.* — L'issue fâcheuse de 4 cas d'érysipèle chez des vieillards engagea l'auteur à essayer d'injections d'acide phénique, fondé sur l'idée qu'il s'agit dans de tels cas de la pénétration de produits organiques sous le tissu cellulaire sous-cutané et de leur augmentation, et que l'acide phénique servirait à détruire ces produits et à en empêcher la reproduction. Pour constater sur lui-même l'innocuité de telles injections, l'auteur s'en fit à lui-même avec 6 décigrammes d'une solution au 1 pour cent, et n'en éprouva aucun inconvénient. Ayant eu deux cas d'érysipèle de l'avant-bras, l'un sur une femme de 56 ans, l'autre de la jambe, sur un homme de 82, il y eut recours faisant 5 injections en 3 jours chez la première et 4 en 2 jours chez la seconde, et choisissant pour cela la partie de l'érysipèle la plus rapprochée du tronc. L'érysipèle ne progressa pas plus loin ; la répétition des injections eut pourtant lieu à cause de quelques vésicules érysipélateuses qui s'étaient produites au-dessus de la première injection. Les résultats en furent remarquables : abaissement de la fièvre, de la fréquence des pulsations et l'amélioration de l'état général avec diminution de la tuméfaction et de la rougeur, chez tous deux la convalescence fut très-rapide.

Abcès du placenta, par le docteur O. Farelli. — Une jeune femme de vingt ans, enceinte pour la première fois, ayant reçu un choc violent dans le bas-

ventre, éprouva d'abord une vive sensation de malaise, puis un affaiblissement considérable, et il s'ensuivit l'expulsion d'un fœtus mort et en putréfaction.

Dans l'intérieur du placenta et près de sa surface utérine, on trouva un foyer purulent, contenant à peu près 350 grammes d'un pus excessivement fétide. Le tissu placentaire paraissait profondément altéré, très-lourd, dur et granuleux.

(*Raccoglitore medico.*)

Polype de l'utérus; ligature élastique.—Le professeur Angelo Scarenzio s'est servi avec succès de la ligature élastique pour enlever un polype de l'utérus. La malade était âgée de 46 ans; des hémorrhagies abondantes et répétées l'avaient réduite à un état de faiblesse extrême. Le polype fut enveloppé à sa base, à l'aide d'une canule, d'un double fil élastique très-fin. Le septième jour, la tumeur devenue libre fut retirée du vagin. (*Annali Universali di Medicina.*)

Du traitement de la coqueluche. — Wild prétend guérir la coqueluche en huit jours par le procédé suivant : Le malade ne quitte pas la chambre et à chaque nouvel accès il se met devant la bouche une compresse pliée en plusieurs doubles et imbibée d'une cuillerée à café de la solution suivante : Ether, 60 parties; chloroforme, 30 parties ; érébenthine, 1 partie.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des opérations d'urgence, par le Dr Louis Thomas, professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Tours, etc., précédé d'une Introduction et revu par M. le professeur Verneuil. Un volume petit in-8° de 495 pages avec 61 figures dans le texte. Paris 1875; Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Parmi les affections chirurgicales, les unes nécessitent des opérations qui peuvent être ajournées; les autres réclament, au contraire, une intervention immédiate, sous peine de voir l'existence du malade menacée. Ce sont ces *opérations d'urgence* que notre ami, le docteur L. Thomas, a eu la bonne idée de grouper en un volume qui est la reproduction du cours de médecine opératoire professé par lui depuis deux ans à l'École de médecine de Tours.

L'auteur divise son sujet en sept chapitres :

Il commence avec raison par les OPÉRATIONS NÉCESSITÉES PAR LES HÉMORRHAGIES, et ce CHAPITRE I comprend les *hémorrhagies capillaires* (tamponnement des fosses nasales, du vagin et du rectum), les *hémorrhagies artérielles* et les ligatures qu'elles entraînent aux membres supérieur et inférieur, à la tête et au cou; enfin, les *hémorrhagies veineuses*. L'auteur dit un mot de l'acupressure, mais ne croit pas devoir citer la *torsion*, qui est cependant aujourd'hui plus fréquemment employée, et qui peut rendre les plus grands services dans l'hémostase des plaies (accidentelles ou d'amputation), même et surtout pour celles des grosses artères, telles que l'humérale, la fémorale, comme nous en avons vu de récents exemples dans le service de M. Tillaux, à Lariboisière. Cet excellent moyen devait évidemment trouver sa place à côté de la ligature. Plusieurs planches, empruntées à divers traités, rappellent la disposition anatomique de la région sur laquelle on opère. Un grand nombre ont été répétées deux fois dans le cours de l'ouvrage : *Bis repetita placent*, bien volontiers, mais celle qui représente la région sus-hyoïdienne a été reproduite jusqu'à trois fois.

Nous avons cherché en vain, dans ce premier chapitre, un tout petit paragraphe ayant trait aux *hémorrhagies utérines;* c'est là pourtant, si je ne me trompe, un accident qui, par sa gravité, réclame au plus haut degré l'intervention d'urgence : l'auteur décrit bien, en quelques lignes, le *tamponnement du vagin*, qui, entre parenthèse, nous semble une détestable invention; mais il passe sous silence cet en-

semble de précautions minutieuses à prendre dans ces hémorrhagies, la position à donner aux malades, la manière d'employer les réfrigérants, etc.; à peine indique-t-il, en passant, la *compression de l'aorte* dans ces cas : elle méritait certainement une plus large place dans l'ouvrage de M. Thomas.

Dans le CHAP. II, OPÉRATIONS NÉCESSITÉES PAR LA SUFFOCATION, nous trouvons les *corps étrangers des voies aériennes*, les *plaies du larynx et de la trachée*, la *trachéotomie*, les *tumeurs du cou*, la *suffocation produite par un épanchement excessif de la plèvre*, la *thoracentèse*, etc.; quant aux *plaies de poitrine*, il n'en est point fait mention : il est vrai qu'elles ne nécessitent généralement pas d'opération; mais n'y avait-il point un véritable intérêt pratique à indiquer sommairement ce qu'il faut faire et ce qu'il faut éviter en pareille circonstance? Le sujet, selon nous, en valait bien la peine.

Viennent ensuite les CHAPITRES III et IV, qui renferment les OPÉRATIONS NÉCESSITÉES PAR L'ÉTRANGLEMENT INTESTINAL ET LA RÉTENTION STERCORALE (*hernie étranglée* : *étranglement interne*, *imperforation de l'anus*, etc.), et celles qui sont NÉCESSITÉES PAR LA RÉTENTION D'URINE, où toutes les méthodes d'exploration de l'urèthre et de cathétérisme vésical sont passées en revue. Une cause importante de rétention d'urine nous semble avoir échappé à l'auteur, je veux parler de l'*imperforation de l'urèthre* : c'est pourtant là un cas où le chirurgien doit intervenir immédiatement, et qui ne laisse pas de lui causer souvent un grand embarras.

Enfin, les trois derniers CHAPITRES ont trait aux OPÉRATIONS NÉCESSITÉES PAR LES CORPS ÉTRANGERS DONT L'EXTRACTION NE PEUT ÊTRE, SANS INCONVÉNIENT, DIFFÉRÉE; aux AMPUTATIONS D'URGENCE et à L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE.

Ce *Catéchisme* de la chirurgie d'urgence, pour employer l'heureuse expression de M. Verneuil, ne devait-il pas contenir aussi un chapitre indiquant au chirurgien novice la conduite à tenir en face de certaines affections accidentelles, si graves qu'elles obligent à agir sans le moindre retard, comme la *pustule maligne*, les *morsures* par animaux enragés, etc.? C'est bien là de la chirurgie, et, de plus, de la véritable chirurgie d'urgence. L'auteur a eu probablement ses raisons pour ne les avoir pas comprises dans son plan. Il aurait dû au moins nous les faire connaître.

Quoi qu'il en soit, ce livre est pratique et l'œuvre d'un travailleur; il se recommande donc de lui-même aux élèves, comme une plume autrement expérimentée que la nôtre s'est chargée de le dire dans l'*Introduction* qui se trouve en tête de cet ouvrage.

Dr GILLETTE.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 juillet 1875.
Présidence de M. GOSSELIN.

Choléra (suite de la discussion). — M. Briquet continue à rappeler des faits qui démontrent la contagiosité du choléra et son extension par importation. Les causes générales, dit-il, sont suffisantes pour produire le choléra indien; la preuve en est qu'elles suffisent pour entretenir l'endémie du choléra sporadique en Inde et produire, annuellement, environ cinq mille décès à Calcutta.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Roussel sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

Séance du 13 juillet 1875.
Présidence de M. Gosselin.

Election. — L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale.

La commission présente :

En première ligne, M. Hillairet, en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Léon Colin, Gallard, Lagneau, Lunier et Proust.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 75, dont la majorité est 38, M. Hillairet obtient 32 suffrages, M. Lagneau 15, M. Lunier 14, M. Gallard 11, M. Colin 3.

Au deuxième tour, le nombre des votants étant de 76, dont la majorité est 39, M. Hillairet obtient 44 suffrages, M. Lagneau 14, M. Lunier 11, M. Gallard 6, M. Colin, 1.

En conséquence, M. Hillairet ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre titulaire.

Choléra (suite). — M. Bonnafont lit un discours dont voici le résumé :

« Les conclusions qui se déduisent des observations qui précèdent peuvent être exprimées de la manière suivante :

1° Le choléra, natif et originaire de l'Inde, ne saurait se produire en d'autres contrées, sans que des germes de cette maladie y aient été apportés par les courants atmosphériques ou tout autre véhicule.

2° Si l'on organise des moyens hygiéniques pour combattre ce fléau, il faut nécessairement les diriger vers le pays d'où il vient et les appliquer à la source même où il se développe.

Partout ailleurs, ces mesures, si complètes et si intelligentes qu'elles soient, ne sauraient avoir qu'un résultat presque nul.

3° Ce ne sont pas les cadavres des animaux abandonnés sur le sol par les caravanes des pèlerins, non plus que l'habitude qu'ont les Indiens de jeter la plupart de leurs cadavres dans le Gange, qui peuvent ou qui ont dû provoquer les irruptions de cette épidémie, puisque ces habitudes existent de temps immémorial chez ces peuples, et que le choléra asiatique et épidémique n'a fait son apparition en Europe, en Afrique, en Amérique, que depuis le commencement du siècle.

4° La cause de ces irruptions devenues si fréquentes et si meurtrières est donc ailleurs. C'est en la cherchant, que je crois être parvenu à trouver celles, ou du moins une de celles qui a pu contribuer le plus à provoquer ce triste et lugubre résultat.

5° Des épidémies secondaires peuvent bien se produire sur des points déjà infectés; mais, sauf de rares exceptions, elles ne revêtent jamais le même caractère que le choléra algide, et ces épidémies vont toujours en diminuant d'intensité pour s'éteindre complétement si l'élément toxique n'est renforcé par une nouvelle irruption venue du point d'origine.

6° Le problème le plus important, suivant moi, qui attend la solution et que le congrès de Vienne et celui de Constantinople n'ont pas résolu, est le suivant : Pourquoi le choléra est-il resté pendant des siècles à l'état endémique et stationnaire dans l'Inde, et pourquoi en est-il sorti, les conditions atmosphériques étant d'ailleurs les mêmes, ainsi que les mœurs et les habitudes des Indiens et des pèlerins?

Question dominante, de laquelle découleront toutes les mesures prophylactiques qui devront être discutées et définitivement adoptées.

Espérons que les travaux d'assainissement entrepris enfin par les Anglais dans l'Inde auront bientôt pour résultat final de concentrer le choléra, comme il l'était jadis, dans ses foyers primitifs, et d'exonérer les contrées éloignées de ses irruptions si meurtrières. L'Angleterre, assez riche pour mener à bonne fin ces travaux, aura ainsi mérité la reconnaissance de l'humanité entière. »

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

—

Traitement du rhumatisme cérébral par l'hydrate de chloral. — Le mémoire de M. Bouchut est résumé dans les *Comptes rendus* comme il suit :

« Le traitement du rhumatisme articulaire aigu et son transport dans les membranes du cerveau, appelé *rhumatisme cérébral* ou *méningite rhumatismale*, est généralement *fort grave*.

L'anatomie pathologique et l'ophthalmoscopie prouvent que cette complication du rhumatisme articulaire aigu n'est qu'une des formes de la méningite. L'examen des membranes du cerveau révèle une stase veineuse considérable avec une infiltration opaline de la pie-mère causée par de nombreux leucocythes.

L'ophthalmoscope, qui permet de suivre dans le fond de l'œil les développements des altérations de la substance cérébrale et des méningites, fait découvrir une infiltration séreuse de la papille et de la rétine avoisinante avec dilatation des veines rétiniennes qui représentent des altérations semblables de la pie-mère et du cerveau.

Le rhumatisme du cerveau s'annonce par un délire plus ou moins violent, se terminant par le coma et par une asphyxie, parfois très-rapide, pouvant entraîner la mort en quelques heures.

Dans trois cas de ce genre, la guérison a été obtenue à l'aide de l'hydrate de chloral pris par la bouche à la dose de 3 à 6 gr. en une ou deux fois, coup sur coup, de façon à obtenir un apaisement immédiat de l'agitation offerte par les malades. »

MÉLANGES ET FAITS DIVERS.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 8 juillet, M. Rochefort, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la légion d'honneur (douze ans de service, dont huit à la mer).

Crémation. — Le gouvernement du duché de Gotha vient de publier une ordonnance qui autorise la crémation des morts. (*Temps.*)

Université de Zurich. — L'Université de Zurich compte actuellement 348 étudiants, dont 324 immatriculés répartis comme suit : théologie, 26; sciences économiques, 36; médecine, 174; philosophie, 78. Le contingent fourni par le sexe féminin s'élève à 18; dans ce chiffre se trouvent 6 Russes, malgré l'ukase impérial.

— La science médicale et chirurgicale commence à faire des progrès au Japon. A l'hôpital d'Hakodadé, on fait tous les jours des cours suivis régulièrement par une vingtaine d'étudiants, on y fait également des expériences cliniques. Tous les deux mois se publie un journal de médecine illustré, en langue japonaise.

Service de santé de la marine. — D'après les *Tablettes*, de Rochefort, le ministre de la marine vient de décider que le diplôme de docteur en médecine ne sera plus exigé des aides-médecins candidats au grade de médecin de 2e classe, non plus que le titre de pharmacien universitaire de 1re classe, des aides-pharmaciens candidats au grade de pharmacien 2e classe.

Mèche pour lampe à alcool. — Après une expérience d'une année, Forster (*Zeit. der Allgem. œstr. Apotheker-Vereins*) recommande comme la meilleure

mèche pour les lampes à alcool; un petit rouleau de papier à filtrer gris.

Encore les femmes médecins — Parmi les étudiants admis à la pratique de la médecine, par le Collége des Médecins et Chirurgiens d'Ontario, est madame Jenny K. Frost. C'est la première fois que le Collége confère le titre de médecin à une femme.

Au mois de mars dernier, madame Frost a été graduée au Collége de médecine de Philadelphie.

— D'après le dernier recensement des Etats-Unis, il existe chez nos voisins cinq cent vingt-cinq femmes exerçant la profession de médecin.

Les diplômés. — En Prusse, en Allemagne, la loi oblige l'étudiant à passer des examens avant d'avoir qualité pour exercer la profession de médecin. Cette loi existe en Autriche, en France, en Angleterre, en Suisse et dans presque tous les Etats du globe, à l'exception des Etats-Unis.

Voici une table comparative qui donne le résultat des examens en Prusse durant l'année dernière et qui en indique la sévérité, puisque vingt-cinq pour cent des candidats ont été refusés. Nous devons ajouter, nous qui connaissons le caractère généralement studieux de l'étudiant allemand, que le degré de connaissance doit être fort élevé parmi eux, lorsque l'on sait qu'il faut quatre années d'études constatées, pour avoir titre à l'examen. Nos ennemis — soit, — dans la boutique politique, nos émules en science.

1873-74.			
Universités.	Candid.	Diplomés.	Refusés.
Berlin	124	89	35
Bonn	39	33	6
Breslau	37	32	5
Gottingen	34	32	2
Greifswald	81	61	20
Halle	63	49	14
Kiel	21	18	
Konsberg	45	25	20
Marburg	33	30	3
Total	477	369	108

Le nombre total de médecins diplomés dans tout l'empire germanique en 1874 s'élève à 660. Pendant la même année les légions d'écoles américaines ont diplomé trois mille étudiants : *digni sint intrare...* Là, comme ailleurs, on trouve des hommes de science, des aptitudes rares, des serviteurs voués à l'humanité, qui ne cèdent en rien aux gloires des autres pays ; — mais, qu'il doit être difficile de ne pas se tromper de porte. — Lorsque l'on songe, pour ne pas étendre plus loin la comparaison, qu'en Allemagne 42 millions d'habitants ont produit, en 1874, 660 médecins, et que l'Amérique avec 40 millions d'éleveurs en a mis au monde trois mille. Quelle fécondité ! (*Mouvement médical.*)

— Deux projets de loi vont être présentés cette session au Parlement pour régulariser la pratique des vivisections, l'un par lord Henniker, l'autre par le Dr Lyon Playfair. Le premier projet porte qu'à partir du 1er janvier 1876, les vivisections ne pourront avoir lieu que dans des laboratoires spéciaux placés sous la surveillance du gouvernement, et lorsque les animaux auront été anesthésiés. Par vivisection on entend, dans le texte de la loi, « toute incision, blessure galvanique, application faite sur un animal vertébré dans un but scientifique, ainsi que la production de maladies artificielles dans un but pathologique ou physiologique. » Les contrevenants seront punis d'une amende qui ne dépassera pas 500 fr. Les expérimentateurs pourront pratiquer les vivisections sans employer les anesthésiques, s'ils sont pourvus d'une licence délivrée par le secrétaire d'Etat et dont le coût sera de 250 fr. et la durée de six mois.

(*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*)

Vin de figues. — Ce vin, d'une couleur violette rappelant celle des vins de Cahors, est doux et agréable au goût. C'est un des produits du Bas-Pérou ; il est de fabrication féminine. Les figues, après avoir été exposées au soleil pendant quelques jours, sont jetées dans une jarre qu'on achève de remplir d'eau. Après huit jours de fermentation, la boisson tirée au clair peut être bue ; mais elle a le triple inconvénient de troubler le cerveau, de s'aigrir

promptement et d'occasionner aux buveurs novices des dysentéries de la pire espèce. (*Tour du Monde*, 1875. Voyage dans le Bas-Pérou, Paul Marcoy.)

Crémation volontaire. — La fille Jeanne Devèze a été trouvée, mercredi dernier, dans le four à pain de la maison où elle était servante, dans une petite commune de la Barousse, à Ilheu.

On crut d'abord à un crime, le parquet de Bagnères et la gendarmerie se transportèrent sur les lieux. Mais à la suite d'une instruction judiciaire très-minutieuse et de l'autopsie du cadavre, il devint de la dernière évidence que cette fille avait obéi à un fanatisme religieux. Il ressort également de l'enquête que Jeanne Devèze avait voulu mettre en action la légende de Sainte-Colombe, laquelle se serait jetée dans un four, alors qu'elle venait de pétrir le pain, et dont l'âme, sous la forme d'une colombe, serait venue se poser sur la flèche d'une église de Rome.

Vers deux heures du matin, Jeanne Devèze se leva pour allumer le four, et à cinq heures environ, plusieurs personnes de la maison, attirées par les pétillements de la graisse sur les charbons ardents, la trouvèrent dans le four. Quand on parvint à la retirer, elle était complétement rôtie. Elle avait eu soin, quelques jours avant, de distribuer ses vêtements à diverses personnes de la commune, qui crurent à son départ pour un couvent, et non pour l'autre monde. (*Journ. des conn. méd.*)

Peinture-vernis durable et incombustible. — Un mélange de silicate de soude et d'oxyde de zinc est indiqué, par le *Journal d'agriculture*, comme une peinture à très-bas prix, pouvant être appliquée sur le bois, la toile, le zinc, etc.; elle imite la pierre dure et en a les propriétés; elle doit remplacer les papiers et les toiles goudronnées.

Destruction des punaises. — Promener un pinceau chargé de la décoction des feuilles d'absinthe sur tous les meubles et sur tous les objets qui recèlent ces insectes si repoussants.

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — *Du 2 au 9 juillet* on a constaté 902 décès, savoir: variole, 14; rougeole, 21; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 18; érysipèle, 8; bronchite aiguë, 46; pneumonie, 61; dysentérie, 1; diarrhée cholériforme des enfants, 28; choléra infantile, 0; choléra, 0 angine couenneuse, 8; croup, 3; affections puerpérales, 19; autres affections aiguës, 274; affections chroniques, 349 (dont 140 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 31 causes accidentelles, 28.

Du 9 au 16 juillet 820 décès ainsi répartis: variole, 6; rougeole, 26; scarlatine, 0; fièvre typhoïde, 21; érysipèle 10; bronchite aiguë, 16; pneumonie, 55; dysentérie, 1; diarrhée cholériforme des enfants, 31; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 8; croup, 9; affections puerpérales, 7; affections aiguës, 244; affections chroniques, 330 (dont 128 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 33; causes accidentelles, 23.

Du 16 au 23 juillet on a constaté 855 décès, savoir: variole, 7; rougeole, 20; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 18; érysipèle, 6; bronchite aiguë, 15; pneumonie, 44; dysenterie, 2; diarrhée cholériforme des enfants, 17; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 11; croup, 9; affections puerpérales, 7; autres affections aiguës, 216; affections chroniques, 426; (dont 172 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 34; causes accidentelles, 22.

Nécrologie. — M. le docteur Fleuret François Auguste, docteur en médecine, est décédé le 2 juillet dernier dans sa 56e années des suites d'un cancer à l'estomac. Reçu docteur en 1844, M. Fleuret a exercé la médecine à Vendeuil (Aisne) pendant plus de 30 ans.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Nouveau traitement des névroses et en particulier de l'**épilepsie**, le Dr Gélineau d'Aigrefeuille (d'Aunis), (Charente-Infre) in-12. Prix 0,50, chez l'auteur.

VARIETES.

Sur la loi de la liberté de l'enseignement supérieur.

La loi sur la liberté de l'enseignement supérieur vient enfin d'être votée, par 316 voix contre 266.

Il serait prématuré de nous prononcer sur les conséquences de cette grave mesure. Elle répondra aux légitimes aspirations de ceux-ci, et centrariera vivement les prétentions de ceux-là. A coup sûr, elle ne sera pas du goût de ceux qui veulent la liberté pour eux, et prétendent la refuser aux autres. Pour nous qui, dans une juste mesure, désirons cette même liberté pour tous et pour chacun, nous ne pouvons dissimuler nos sympathies pour l'ère nouvelle, qui nous semble de nature à donner satisfaction à toutes les opinions. De plus, cette loi si libérale aura pour effet inévitable de susciter entre les Universités rivales une noble émulation qui, sans aucun doute, aura pour effet de relever, chez nous, le niveau trop inférieur des études.

La tolérance, par malheur, est peu dans nos habitudes. Quelques journaux de médecine de nuances opposées (faut-il que des organes essentiellement voués à la science se passionnent pour des sujets qui lui sont si peu afférents!) ont déjà engagé la lutte à armes plus ou moins courtoises. De grosses paroles, nous n'en doutons pas, ne tarderont pas à être prononcées. Il n'entre pas dans l'esprit de la *Revue de Thérapeutique*, dont l'unique objet est la pratique de notre art, de faire assister ses lecteurs à toutes les phases de ce tournoi si peu scientifique. Nous ne pouvons toutefois résister au désir de reproduire la Gauloiserie suivante, due à la plume légère du Dr Prat. Tant il est dans nos tendances de plaisanter de tout! Rien n'est sacré..... pour un Français! Sous une forme badine, notre spirituel confrère dit d'excellentes choses, sans susceptibiliser personne. C'est pour cette double raison que nous sommes heureux de lui céder la parole.

— Nous voilà donc, ô bonheur! voguant en pleine liberté sur la vaste étendue de cette mer qu'on appelle instruction supérieure, courant à qui mieux mieux des bordées sur cette immensité pour arriver à la découverte de nouveaux mondes par des voies qu'on n'a pas encore parcourues!

Paris, *la grand'* ville, le sais-tu? d'où te viennent de tous côtés tant d'enfants que tu ne croyais pas porter dans ton sein? Ce ne sont plus de toutes parts qu'universités et facultés nouvelles; et la rue de l'Ecole-de-Médecine est partout; à gauche, à droite, sur toutes les rives!

Je vois d'ici la *Faculté militaire* en pantalon rouge, où les cours s'ouvrent au son éclatant de la trompette; où les examens se passent, tambour battant; où l'on toise un homme du haut en bas; où la visite quotidienne et matinale, imprégnée de la plus belle discipline, et toujours digne d'éloges, s'annonce au commandement de : « *artilleurs!... à vos lits.* »

Faculté maritime!... et pourquoi pas! ne dit-on pas : Paris, port de mer!... et le port Saint-Nicolas, devant le Louvre, ne se gêne guère pour recevoir régulièrement des navires ayant traversé la Manche et venant de Londres? n'y a-t-on pas vu même des goëlettes ayant presque fait le tour du monde?... Mettons en panne, attendons et espérons.

Faculté ecclésiastique, fondée par des membres qui, à l'époque de ma jeunesse, je m'en souviens, avaient formé une société pour l'enterrement gratuit des corps non réclamés dans les hôpitaux et les arracher aux turpitudes de l'amphithéâtre et de la dissection : société honorable, digne de notre estime et pleine de bonne volonté.

Faculté laïque, mais non obligatoire, comme elle l'était jadis! toujours soutenue le moins possible par l'Etat qui continuera

à lui accorder d'une main trop parcimonieuse tout ce qu'il lui faut, dit-il, pour des laboratoires, amphithéâtres, bibliothèques, emplacements vastes et commodes, jardins étendus, etc. Tenant toujours aux professeurs des discours remplis des plus douces paroles et des plus encourageantes promesses, et au résultat se réduisant à peu près à cette formule : Tâchez de faire avec rien, je me chargerai de la dépense.

Faculté hospitalière !... la plus redoutable, car elle a tout; l'argent, les malades, les cadavres, les amphithéâtres, les laboratoires, les instruments, l'étendue et la diversité des locaux, la ville et la campagne. Elle peut à propos faire les sacrifices les plus productifs, elle payera les étudiants, elle les logera; s'il le faut, elle les nourrira, et elle s'imaginera encore, et avec raison, en tirer son profit. Qui donc pourra lutter dans l'avenir avec une administration qui possède plus de vingt hôpitaux, et qui dépense annuellement un budget de plus de vingt millions!!! je n'en vois qu'une, c'est la Faculté militaire, dont le succès sera toujours en rapport avec ses besoins.

Viendront ensuite les *demi-facultés*, composées chacune d'une spécialité : *faculté utérine, faculté urinaire, faculté nerveuse, faculté cérébrale* (très-rare !), *faculté vocale, faculté laryngée*, et, voici la mienne, *faculté auditive*, qui seront comme autant de *quantités sourdes* se mêlant en *nombre* au concert universel et universitaire de la capitale.

Bientôt nous aurons les tentatives de facultés : métallopathique, sudopathique, homœodynamique, camphoropathique, électropathique, magnétique, etc., et une multitude d'autres plus ou moins sympathiques aux ignorants (je parle du public).

Quant à la province, elle n'est pas riche, chacun sait ça; mais elle aura mille petits expédients suscités par un esprit fécond qui l'empêchera de reculer. De tous côtés surgiront mille petites facultés qui se croiront bien fournies, parce qu'un particulier généreux aura fait à leur hôpital, comme à Nancy, un don de 400,000 francs, et qui n'auront ni musée, ni matériel, ni instruments, ni malades, ni cadavres, ni bibliothèque pouvant satisfaire aux besoins des étudiants. Comment s'imaginer *à priori* que le seul laboratoire de chimie de Bonn a coûté un demi-million, et que celui de Heidelberg a coûté un million! que la bibliothèque de Gœttingue compte les volumes par centaines de mille; qu'elle en acquiert tous les jours; qu'il n'est recueil savant qu'on n'y reçoive, et qui aussitôt ne soit mis à la disposition des maîtres et des étudiants!

Ne sera-t-il pas à craindre, par exemple, que, sur le point de faire son cours, le professeur d'anatomie, fatigué de ne pouvoir démontrer que sur le mannequin Auzoux une anatomie de carton, n'envoie une dépêche télégraphique à l'Ecole pratique de l'Université voisine : « *Envoyez cadavre à Sapévilliers, département des Basses-Vosges; réponse payée.* » — « *N'en ai pas*, répondent les Vosges-Orientales; *voulez-vous bras, dont main amputée dans cours d'opération? — Faute de mieux, envoyez; si pouvez, joignez pied; vite; par train express.* »

Et par nécessité les facultés s'appuieront entre elles; ce sera une activité, ou plutôt une agitation, un mouvement, un va-et-vient perpétuel, un voyage circulaire incessant du matériel médical, des collections de toute nature. Tout deviendra ambulant : bibliothèque ambulante, cadavres ambulants, et, pour soutenir la concurrence, professeurs ambulants, allant de ville en ville, faire, à tant l'heure, des cours ou des conférences suivies de consultations et d'opérations dont la renommée s'étendra au loin dans la campagne; tout sera ainsi préparé pour un nouveau séjour, un nouveau cours, une nouvelle conférence, de nouvelles consultations, de nouvelles opérations.

Je ne désespère pas même de lire bientôt affiché sur les murs de Paris : « *Entreprise générale de Facultés, avec roulement de matériel et de professeurs!!!* »

(*Médecine contemporaine*).

Le Rédacteur en chef-gérant,
Dr Hamon de Fresnay.

N° 16. — 15 AOUT 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Service de M. le professeur VERNEUIL (suite).

1° Affections du système nerveux.

TÉTANOS TRAUMATIQUE. — *Emploi du chloral (hydrate de) à l'intérieur.* — Les faits de tétanos guéris par l'administration du chloral sont aujourd'hui assez nombreux. D'autre part, on sait par expérience que le tétanos à forme chronique est surtout celui qui, spontanément ou par l'emploi de préparations pharmaceutiques si diverses, a donné des résultats favorables : aussi, bien des chirurgiens se fondent-ils sur cette dernière considération pour affirmer que tous les cas de tétanos guéris par le chloral, se seraient très-probablement terminés heureusement, si on n'avait pas fait usage de ce médicament.

C'est là un argument que M. Verneuil repousse avec raison de toutes ses forces, et il conseille le plus tôt possible l'emploi du chloral à l'intérieur, surtout par la bouche, car administré par la voie rectale, il est légèrement irritant et peut être caustique : s'il arrive en ce cas, à formuler de bonne heure le diagnostic, il prescrit le chloral immédiatement (de 2 à 6 grammes par jour), persuadé qu'il peut modifier la marche de la maladie, et métamorphoser, d'une façon active, la forme aiguë en forme chronique. C'est une sage pratique sur laquelle nous ne saurions trop insister.

Sans affirmer que le tétanos à forme sur-aiguë soit incurable, sans nous préoccuper si la forme chronique est la seule qui soit susceptible de guérir, et s'il est vrai que cette grave affection guérisse toute seule, nous croyons qu'il est du devoir de tout chirurgien consciencieux, d'agir dès le début de la névrose, et qu'on serait coupable de ne rien tenter contre elle, sous prétexte que le tétanos assumera la forme chronique et guérira sans intervention.

Peu nous importe au point de vue thérapeutique, le diagnostic de la marche de l'affection : il faut la traiter le plus près possible du commencement des accidents, dès qu'on voit apparaître certains phénomènes précurseurs, tels que frémissements et contractions passagères du mollet ; or, à ce point de vue, nous devons reconnaître que le chloral (injection stomacale) a rendu de grands services. Comme il a réussi, dans une série de faits nombreux, sans causer lui-même d'accident, nous sommes par cela même autorisé à l'essayer comme un des moyens les plus efficaces à calmer les spasmes, sans le regarder toutefois comme le médicament spécifique du tétanos, car quelle que soit la dose à laquelle il ait été administré (de 8 à 30 grammes par jour), il se comporte comme tous les agents anesthésiques, c'est-à-dire, qu'il

n'agit pas sur la contracture de tous les muscles et surtout sur celle des muscles de l'appareil respiratoire (dépendance du bulbe) qui arrivant à la période ultime du tétanos, détermine l'asphyxie chez le malade.

C'est presque toujours à des doses élevées, quelquefois fort considérables, que ce médicament a été administré. Ainsi dans *The Lancet*, 4 avril 1874, nous voyons que le Dr Corillos, de Patras, en Grèce, a publié un cas de cette nature dans *The Allgem. Weiner med. Zeit.* et, en relate encore deux cas semblables, l'un dû à sa pratique personnelle, et l'autre qui a été traité par le Dr Basilin.

Ce dernier exemple est relatif à une femme de 40 ans qui s'était fait une blessure au doigt avec une écharde qu'elle avait extraite elle-même. Ce fut près d'un mois après l'accident que survint le tétanos; en 24 heures elle n'avait pas eu moins de 10 accès complets. Le 16e jour, après la première attaque, la malade retira de la blessure un petit fragment de l'écharde du volume d'un pois qui avait été oublié; l'usage des narcotiques ayant échoué, on administra le chloral avec un plein succès. Le malade en prit 105 gr. en 20 jours.

Dans l'exemple du Dr Corillos, un homme d'une quarantaine d'années avait été blessé à la tempe gauche par l'extrémité pointue d'un roseau : le tétanos survint, et encore ici une portion du corps étranger ne fut enlevée que 12 jours après l'accident. On le mit d'abord à la dose de 15 grains (0,75 centigrammes) de chloral, ce qui amena déjà une amélioration sensible. Mais le tétanos revenant avec une nouvelle force, on éleva la dose jusqu'à 120 grammes (6 gr. par jour). Le malade recouvra entièrement la santé. Il avait pris en 30 jours 6 onces (180 gr.) de chloral.

Un jeune paysan (*Diction. ann.* 1873) qui guérit au bout d'un mois, en consomma 240 gr. sans le moindre accident.

Depuis longtemps M. Verneuil insiste sur ce fait que le trismus, qui est généralement considéré comme étant le phénomène initial du tétanos est, dans bon nombre de faits, précédé par un groupe de symptômes qui doivent mettre le chirurgien en éveil. Dans un rapport sur les mémoires de MM. Bourdy (du Jurans) et Blain (d'Épernay) relatifs à quelques cas de tétanos traités par le chloral associé à la morphine (Soc. chir. 1875), M. Verneuil a dit qu'appelé plusieurs fois, pendant le siége de Paris, auprès de tétaniques qu'on lui disait atteints depuis quelques heures seulement, il a pu constater, par un interrogatoire attentif, que déjà la veille ou l'avant-vieille le membre blessé avait été envahi par des douleurs fulgurantes et pris de secousses convulsives passagères ou de spasmes musculaires à marche centripète. C'est grâce à de semblables prodromes, qu'il y a tant d'intérêt à savoir bien interpréter, qu'on peut par l'administration du chloral immédiatement mise en pratique, espérer conjurer ces accidents formidables. Tout récemment à la Société de chirurgie ce professeur a rappelé cinq cas de guérison qu'il avait obtenus de cette façon et il a communiqué en même temps deux observations rédigées par M. Richelot fils, (on les retrouve dans sa *thèse d'agrégation*, pathogénie, marche, terminaisons du tétanos 1875), et qui ont trait à deux cas de tétanos guéris, l'un au bout de 22 jours (6 gr. de chloral par jour), l'autre au bout d'un mois (10 gr. par jour) : de plus il a ajouté une troisième observation recueillie chez un malade de M. Lassègue (guérison en 36 heures, 12 gr. de chloral) qu'il a seulement intitulée : Convulsions tétaniformes.

2° Affections kystiques.

Kyste hydatique du foie. — *Ponction. — Sonde molle à demeure. — Désinfection permanente.* — M. Verneuil ne considère pas la ponction avec la seringue aspiratrice comme méthode curative.

Nous partageons entièrement cette opinion. Plusieurs chirurgiens pensent cependant que cette ponction peut suffire à la guérison radicale, parce qu'une fois que le liquide a été évacué, les hydatides meurent, se ratatinent et sont inoffensives; c'est là une assertion à laquelle nous ne saurions nous rallier complétement. Après la sortie du liquide, les hydatides mortes, il est vrai,

constituent de véritables corps étrangers qui, s'ils ne suppurent pas eux-mêmes, peuvent irriter au moins la paroi et la faire suppurer. Nous en avons vu un exemple l'année dernière à Beaujon, et cela après une simple ponction capillaire dans un kyste de cette nature : il en existe d'autres faits dans la science.

Dans les diverses méthodes thérapeutiques applicables aux kystes hydatiques du foie, le premier danger qu'il y a à craindre est la chute dans la cavité péritonéale d'un liquide qui pourtant, examiné à l'œil nu et au point de vue chimique, est loin de laisser soupçonner autant de nocuité; si cet épanchement a lieu, une péritonite très-aiguë s'ensuit et la mort survient en quelques heures. Aussi a-t-on cherché, pour diminuer les chances de ce terrible accident, à créer des points de contact entre la poche et la paroi abdominale, c'est-à-dire à provoquer des adhérences entre le péritoine hépatique et la séreuse pariétale.

Les uns, comme Récamier, appliquent des caustiques successivement au point le plus culminant de la poche. M. Verneuil ne considère pas cette méthode comme *le plus souvent suivie de mort*, ainsi que le fait a été avancé avec un peu d'exagération, dans un des derniers numéros de la *Gazette des hôpitaux* : cependant ce n'est pas là son procédé de prédilection. Les autres, Bégin par exemple, après avoir incisé la paroi abdominale, employaient encore les caustiques appliqués jusqu'à ce qu'on fût arrivé au péritoine, puis ils laissaient la plaie s'enflammer et les adhérences s'établir entre les séreuses pariétale et viscérale. D'autres enfin, après l'incision abdominale espéraient une sorte de hernie du kyste qui, en se dénudant, venait se souder aux bords de la solution de continuité.

Ce ne sont pas encore ces deux méthodes que M. Verneuil met en usage, car elles comptent plus de revers que de succès.

Quelles sont donc les exigences du problème à résoudre dans le traitement des kystes du foie?

1° Il faut de toute nécessité que le kyste vienne déverser son produit à l'extérieur et non dans la cavité péritonéale.

2° Il faut favoriser l'issue au dehors non-seulement du liquide, mais encore des productions solides (hydatides) de la poche : il est donc indispensable d'avoir une ouverture assez grande et permanente.

3° Et surtout, comme élément fondamental de thérapeutique, il faut combattre ou prévenir la putréfaction des liquides renfermés dans la poche. Selon M. Verneuil, cette *désinfection* doit être en quelque sorte *permanente*, car à cause des échanges des gaz abdominaux, par endosmose, ces poches deviennent le siége d'une putridité incessante même sans pénétration de l'air extérieur. Comment répondre à chacune de ces exigences?

M. Verneuil commence par *ponctionner* la partie la plus proéminente du kyste à l'aide d'un gros trocart armé de sa canule, et séance tenante, il introduit par cette dernière une *grosse sonde* en gomme élastique molle et malléable (de la variété qu'on emploie pour le cathétérisme dans certaines affections prostatiques et vésicales). Bientôt des adhérences s'établissent entre le péritoine pariétal et la séreuse viscérale, et l'écoulement étant continu et permanent, il n'y a point de rétention dans l'intérieur de la poche d'où les hydatides pourront s'éliminer facilement. Dès les premiers jours, il procède à des injections, désinfections phéniques et alcooliques, qu'il répète avec persévérance jusqu'à ce qu'il juge que les parois se sont assez ratatinées sur elles-mêmes, pour espérer une cicatrisation prochaine.

Nous lui avons vu tout récemment opérer à la Pitié une jeune femme qui est complétement guérie et chez laquelle une éruption d'urticaire s'était manifestée immédiatement après la ponction comme on l'a observé depuis, pour plusieurs malades : une thèse récente a appelé l'attention sur cet épiphénomène.

3° Plaies et ulcères.

ULCÈRE REBELLE ET DOULOUREUX DU MOLLET. — *Résection du nerf sciatique.* — Nous savons bien, depuis les travaux de MM. Brown-Séquard, Charcot, etc., que les

inflammations nerveuses,(traumatiques ou autres), peuvent déterminer certains troubles de nutrition des tissus, principalement de la peau (phlyctènes, ulcérations, zona traumatique, etc.); mais la suppression d'un tronc nerveux, dont les ramifications correspondent à une partie du corps atteinte d'*ulcérations rebelles*, a-t-elle une influence quelconque sur la cicatrisation de ces dernières? C est là un point qui est bien loin d'être résolu et que M. Verneuil, toujours en quête des services que la physiologie peut rendre à la pathologie, a essayé devant nous, il y a deux ans, pour ainsi dire en désespoir de cause, sur une malade de son service de la Pitié.

Il s'agissait d'une jeune fille de vingt et quelques années qui portait depuis fort longtemps à la partie moyenne de la région interne du mollet gauche plusieurs *ulcérations* perforantes profondément taillées à pic, ayant résisté à toute thérapeutique locale et générale, et accompagnées de douleurs névralgiques intolérables. Les ulcères, à fond grisâtre, infundibuliformes, à suppuration fétide et ichoreuse n'aboutissaient pas cependant à une dénudation osseuse, et nous ne saurions en donner une meilleure idée qu'en disant qu'elles nous ont paru représenter une sorte de *mal perforant du mollet*, dénomination qu'elles pouvaient revendiquer, non pas seulement en raison de leur configuration, mais aussi à cause de leur résistance opiniâtre à tout essai thérapeutique.

M. Verneuil pratiqua chez cette jeune fille l'amputation de la jambe gauche au lieu d'élection. Tout marcha bien pendant les premiers temps; mais, au moment où la cicatrisation paraissait devoir s'achever prochainement, une ulcération du même caractère que les précédentes prit domicile à l'extrémité du moignon et s'accompagna comme elles, de douleurs névralgiques extrêmement intenses.

Que faire, en présence de cette double récidive de l'ulcère et de souffrances si épouvantables? amputer la cuisse était aller un peu trop vite en besogne : aussi, dans la pensée que la suppression du nerf sciatique calmerait l'élément douloureux, et dans celle, beaucoup plus hypothétique, que l'opération aurait en même temps une heureuse influence sur la cicatrisation du dernier ulcère perforant, M. Verneuil se décida à faire dans une étendue de 2 centimètres environ, la résection des sciatiques poplités interne et externe, en ayant grand soin d'arrêter tout écoulement sanguin venant des vaisseaux artériels et veineux qui se trouvent accolés aux tissus nerveux.

Au lieu d'avoir recours à cette résection nerveuse, n'aurait-on pas été en droit d'essayer, dans ce cas, la *dénudation* et l'*extension du nerf*, comme cela a été fait avec succès par le professeur Patruban, de Vienne, en 1872, dans un exemple d'ischialgie, et avant lui par le professeur Nussbaum, sur les branches du plexus brachial, dont les tiraillements à l'aide de crochets mousses firent disparaître la douleur (*Revue des sciences médic. en France et à l'étranger* : 1873, n° 2, p. 690 et 992).

Dr GILLETTE.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Contribution au diagnostic de l'empoisonnement aigu par la morphine, par le professeur Th. Husemann (1).

Bien que les empoisonnements aigus par l'opium et ses alcaloïdes soient rares en Allemagne, cependant la littérature médicale des dernières années en énumère un plus grand nombre que ce n'était le cas précédemment, et en 1872 les journaux politiques ont donné les détails d'enquêtes sur des empoisonnements de ce genre, provenant d'erreurs commises dans des pharmacies. Comme le changement qui doit avoir lieu dans l'organisation pharmaceutique Allemande, rapprochera ce pays de ce qui existe aux États-Unis et en

(1) Nous empruntons au *Deutsche Klinik*. 1874, l'article suivant qu'un de nos collaborateurs étrangers, M. le Dr Cornaz, de Neufchâtel (Suisse), a bien voulu nous résumer.

Angleterre, où ces empoisonnements ne sont pas rares, l'auteur croit qu'il est particulièrement utile, dans ce moment, de rappeler l'attention des médecins sur le diagnostic du *méconisme* et du *morphinisme aigu*, qui n'est, dans bien des cas, pas aussi simple qu'on pourrait le croire, d'après les manuels de pathologie.

Quand le malade peut donner lui-même les détails nécessaires au médecin, celui-ci peut souvent très-facilement reconnaître l'intoxication à ses symptômes caractéristiques habituels sans devoir préalablement appeler un chimiste à son aide. Tel fut le cas observé par l'auteur, il y a quelques années, sur un chimiste qui avait pris à 6 heures du matin 1/2 gramme d'hydrochlorate de morphine, qu'il avait dissout dans un verre d'eau, au lieu de bicarbonate de soude. Ayant immédiatement reconnu son erreur, il s'élança à une pharmacie voisine et prit un vomitif, bientôt suivi d'un effet qui rassura complétement notre chimiste. Néanmoins, il revint bientôt des symptômes d'intoxication qui firent appeler des médecins. Le premier consista en congestion à la face, au cou et à la poitrine, dont la peau devenait rouge. Le malade accusa ensuite une vue indistincte, provenant d'un myosis très-développé. Le pouls et la respiration étaient très-lents (52 à la minute pour l'un, de 8 à 9 pour l'autre). Il y avait trois heures que la morphine avait été prise, et comme on ne pouvait pas admettre qu'il en restât encore dans l'estomac, on ne crut pas devoir prescrire un second vomitif, non plus qu'un antidote chimique (tannin), et l'on se borna à observer le malade et à veiller à ce que sa tendance au sommeil, ne se transformât pas en sommeil, perte de connaissance et état soporeux; pour les congestions, on appliqua des fomentations froides. Amélioration notable de l'état du malade après son dîner, dans lequel il prit un peu de vin. Mais alors survint chez lui une grande difficulté d'uriner. On le laissa dormir la nuit, tout en le surveillant. Le matin, l'ischurie avait diminué, et le malade présente le troisième symptôme caractéristique de morphinisme, savoir : des démangeaisons violentes, 24 heures plus tard le malade était remis, mais la défécation resta lente, et ne put avoir lieu que le troisième jour vers midi.

Ce cas est intéressant, non-seulement parce qu'il présenta tous les symptômes spéciaux à cet empoisonnement (ralentissement du pouls et de la respiration, myosis, ischurie, prurit cutané, constipation), mais en ce qu'il démontre l'efficacité d'un vomitif pris à temps dans les intoxications que ne contre-indique pas cette médication : ici, on ne put donner ni antidote chimique, ni antidote organique (belladone ou camphre), et néanmoins on obtint la guérison, bien qu'on ait vu les doses de 4 et de 2 décigrammes et même celle de 6 centigrammes de morphine causer la mort d'un adulte non accoutumé à l'opium.

Mais il est des cas bien autrement difficiles à diagnostiquer, quand plusieurs des symptômes caractéristiques font défaut, ce qui arrive ordinairement, lorsque le médecin est appelé près d'un malade déjà sans connaissance et qu'on ne peut plus tirer de son état comateux. Beaucoup d'autres circonstances peuvent troubler le diagnostic : tel est le cas, quand la mort survient après qu'on a donné dans le cours d'une maladie, une préparation opiacée, qu'elle survient sans qu'on s'y attendît et qu'elle a été précédée d'un état comateux court ou prolongé. Ajoutez à cela que l'autopsie ne jette pas grand jour sur la question, vu qu'elle ne démontre pas d'altérations caractéristiques pour la morphine Un cas survenu à Stokholm, le 6 mars 1873, et qui donna lieu à de longues discussions au sein de la Société des médecins suédois, mérite d'autant plus d'être relaté ici, qu'il a passé presque inaperçu pour les journaux et ouvrages scientifiques de l'Allemagne.

Une petite fille de 9 ans qui s'était bien portée jusqu'à l'âge de 6 ans, mais avait eu alors une pneumonie à droite, depuis laquelle elle avait conservé une diarrhée habituelle; après huit jours d'un léger catarrhe bronchique, tomba malade le soir du 4 mars 1873, présentant alors la fièvre, fut agitée la nuit suivante et présenta une irritation qui la faisait tousser. A sa visite

du 5 mars au matin, le Dr Gravenhorst trouva la fièvre peu intense et des râles dans les grosses bronches seulement. Il prescrivit une dissolution de quinine, et contre la fièvre pour le soir un *trochiscus glycyrrhizæ thebaicus*, lequel, d'après la pharmacopée suédoise, contient un centigramme d'opium : toutefois, sur le désir de la malade, qui en avait pris précédemment un sans effet, il fut changé contre un trochisque non officinal d'acétate de morphine, qui contenait, d'après l'ordonnance, 5 milligrammes de morphine. Pendant la journée, la fièvre était tombée et l'enfant avait été gaie et vive; à 8 heures, elle prit le trochisque en question et dormit tranquillement jusqu'à 10 heures, moment où elle se leva pour uriner, rit, parla et plaisanta avec sa bonne. Elle se rendormit rapidement, et, lorsque le lendemain à 4 heures la bonne vint à elle pour l'aider à aller sur son vase de nuit, comme elle le faisait toujours, elle entendit un son particulier sortir de la poitrine de la petite fille, qu'on essaya en vain de réveiller.

Le Dr Gravenhorst, appelé à 5 heures, la trouva complétement sans connaissance, les pupilles parfaitement contractées, la tête brûlante, le pouls presque insensible, la respiration stertoreuse.

Le professeur Abelin, bien connu par ses travaux relatifs à la pathologie de l'enfance, fut appelé en consultation; mais, malgré des suffusions froides dans un bain chaud d'ammoniaque, des essais de ramener l'action du thorax, on ne put la ramener à la vie, et elle succomba à 8 heures, pendant que le Dr Gravenhorst s'était éloigné pour chercher un appareil d'induction, afin de mettre en train la respiration artificielle. L'autopsie fut pratiquée au bout de 24 heures par le Dr Blick; nous n'en reproduirons pas ici les détails; la discussion ci-après est assez intéressante, car ces trois médecins en tirèrent des conclusions différentes.

Dès que le père de l'enfant l'avait été chercher, le professeur Abelin avait pensé à un empoisonnement, et lorsque la parfaite santé de l'autre enfant qui partageait la même chambre, lui eut fait exclure, comme cause, la vapeur de charbon et le gaz d'éclairage, il fit le diagnostic de morphinisme aigu, soupçonnant que le trochisque donné avait contenu davantage de morphine qu'il n'en avait été prescrit (5 milligrammes). Il trouva que la marche de la maladie avec les symptômes accessoires observés et les résultats de l'autopsie cadavérique (hypérémie du cerveau et des méninges, œdème et épanchements séreux, ainsi que, état liquide du sang dans le cerveau et dans le cœur,) établissaient ce diagnostic, en excluant tout autre.

Le Dr Gravenhorst ne put partager cette opinion, et tout en regardant le diagnostic comme douteux, il s'éleva contre celui de morphinisme aigu, ne le trouvant nullement prouvé. Il releva, à ce point de vue, que deux heures après avoir pris le trochisque, l'enfant était tout à fait gaie; qu'on ne peut admettre que ce médicament ait séjourné si longtemps dans l'estomac sans être digéré, puisqu'il avait été mâché; il manquait, en fait de symptômes de morphinisme, le vomissement, la sueur, la rétention d'urine, le froid des extrémités, le ralentissement du pouls, qui aurait été, au contraire, très-accéléré. Le myosis observé lui paraissait parler bien plus contre cette intoxication que pour, en tant que bien que cité généralement, dans la période d'excitation, et au début de celle de dépression, avec un collapsus considérable et une paralysie cérébrale complète; la malade suait beaucoup, tandis qu'au contraire, c'est le mydriasis qui eut dû se produire.

Quant au Dr Blick, partant de l'existence d'un foyer caséeux de la taille d'une noix, à la droite du poumon droit, de la tuméfaction, de l'induration et de la dégénérescence caséeuse des glandes bronchiques, de la tuméfaction des glandes mésentériques, il appuie sur l'augmentation très-considérable du contenu des ventricules latéraux, malgré l'état normal de l'épendyme, et sur le fait de l'existence de 15 à 20 tubercules miliaires, à un point de la plèvre correspondant au foyer caséeux du poumon droit, et laisse le léger catarrhe des grandes bronches comme correspondant au catarrhe des 15 derniers jours

de la vie. Il regarde l'hypérémie observée au cerveau comme active, et formant le premier degré d'une méningite tuberculeuse.

Une marche si rapide de cette affection a quelque chose d'extraordinaire; mais s'observe pourtant quand il y a déjà tous les éléments d'une tuberculose miliaire.

Basé sur les éléments communiqués ci-dessus, le professeur Husemann, afin d'arriver à un jugement sur la question de morphinisme, pense qu'on peut admettre sans contestation les trois points suivants :

1° Si la dose ingérée de morphine n'a été que de 5 milligrammes, on ne peut admettre l'existence d'un pareil empoisonnement, alors surtout que cette enfant avait déjà prouvé qu'elle n'avait pas d'idiosyncrasie pour ce médicament, en prenant auparavant un trochisque d'opium.

2° S'il était prouvé que cette jeune fille avait pris une dose plus forte et réellement toxique, le sceptique le plus décidé ne pourrait douter qu'il ne se soit agi d'un empoisonnement par la morphine, terminé par la mort. Qu'on suppose que le trochisque contint trop de morphine, ou que la jeune fille en ait pris plusieurs au lieu d'un, il ne faut pas oublier que, d'après ce que le père dit au professeur Abelin, elle avait goûté à 8 heures, pris le trochisque à 9 heures et s'était réveillée très-gaie une heure plus tard; les aliments contenus dans l'estomac peuvent, ainsi que le sommeil, avoir retardé l'effet de la morphine; les plaisanteries qu'elle fit à sa bonne, pouvaient être un indice d'excitation, bien qu'on doive reconnaître d'une part, que cela cadrait assez bien avec son mode de faire habituel, et de l'autre, que cette période d'excitation est exceptionnelle dans le morphinisme et paraît n'avoir jamais été observée dans l'enfance : l'excitation ne s'observe que lorsque l'opium est donné à doses insuffisantes. Le symptôme très-caractéristique du myosis fut noté non-seulement pendant la vie, mais encore lors de l'autopsie. Quant à l'ischurie, l'enfant ayant uriné à 9 heures, il est d'autant moins étonnant que ce symptôme, accessoire aussi, n'ait pas eu le temps de se présenter, alors surtout que la petite malade ne but pas; en outre, à l'autopsie, la vessie ne fut pas trouvée complétement vide. Les sueurs manquent généralement aussi, quand la mort est rapide, et constituent alors un phénomène d'élimination; il est surtout des cas où elles se montrent de bonne heure, et d'autres, où l'on peut les mettre sur le compte du traitement employé. On a généralement considéré les démangeaisons comme un symptôme d'élimination de la morphine, parce que dans le morphinisme aigu, le prurit cutané ne se montre généralement qu'après la contraction des pupilles : toutefois, un cas tout récent décrit par M. Horace-C. Wood, dans lequel la mort survint rapidement, présenta ce symptôme en premier lieu et seulement après lui le myosis et l'assoupissement; enfin il y a des observations dans lesquelles on ne constata pas de démangeaison. Quant aux nausées et aux vomissements, ces symptômes accessoires sont plutôt l'exception que la règle, et les symptômes exposés jusqu'ici ont fait défaut dans le cas qui nous occupe; on ne peut oublier que pendant les 6 heures qui s'écoulèrent entre le réveil de l'enfant et le moment où on la trouva dans un état soporeux, il peut s'être passé bien des choses qui ont échappé à l'observation.

Si l'absence de certains symptômes ne peut suffire à empêcher d'admettre l'existence d'un empoisonnement par la morphine, il y a lieu de se demander si l'on en a observé dont la présence ôte de la probabilité à l'admission d'une telle intoxication. Le professeur Husemann pense que l'on peut répondre négativement. Il étudie très-spécialement le myosis (contraction pupillaire), parce que le médecin traitant et celui qui pratiqua l'autopsie cadavérique prétendent son existence par la contre-existence d'une intoxication par la morphine: il ne lui est pas difficile de prouver d'après Orfila et Fayler, que c'est au contraire une grande exception de ne pas constater ce symptôme dans ces empoisonnements, et d'après la riche expérience du Dr James Jolinston, de Shangaï, qui en observa, dans l'hôpital de cette

ville asiatique 200 cas, qu'il ne fait défaut que dans les cas légers, mais qu'au contraire, dans les cas où l'état soporeux est prononcé, la contraction de la pupille portée jusqu'à la taille d'une tête d'épingle avec insensibilité complète pour la lumière, est un symptôme qui rend le pronostic très-défavorable.

3° La mort de cette enfant ne peut être supposée d'après les symptômes observés pendant la vie et ses altérations anatomo-pathologiques à aucune autre maladie connue. S'il ne se fût trouvé à l'autopsie aucun tubercule dans les voies respiratoires et qu'on n'ait pas observé simultanément des altérations intestinales qu'on doit rapporter à un catarrhe chronique de ces organes, personne n'attribuait les lésions observées dans le cerveau et spécialement son hypérémie colossale à une hydrocéphalie soit aiguë, soit chronique. L'état des ventricules et de l'épendyme prouve qu'il n'y avait pas d'hydrocéphalie développée, et il faut une hypothèse des plus hardies pour admettre une hypérémie cérébrale à base tuberculeuse, comme prodrome d'une méningite tuberculeuse à venir, qui aurait ainsi déterminé la mort. Ce cas serait complétement unique dans la littérature et cela pour une maladie très-fréquente; en outre, les symptômes observés pendant la vie ne ressemblent en rien aux prodromes d'une maladie cérébrale. Le coma subit joint à la contraction pupillaire sont des symptômes de morphinisme que corrobore l'administration de morphine à cette enfant.

Ce n'est qu'après plusieurs tentatives infructueuses qu'on parvint à retrouver le reste des pastilles à la morphine, et une analyse pratiquée par M. Hamberg prouva que par erreur elles contenaient chacune 5 centigrammes d'acétate de morphine au lieu de 5 milligrammes, ce qui non-seulement suffisait pour être une dose mortelle pour un enfant de 9 ans, mais encore, eut été en état de déterminer chez un adulte des symptômes toxiques graves. L'analyse prouva encore que ces pastilles étant déjà vieilles, ne contenaient presque que de la morphine pure par décomposition de l'acétate employé, et le faible degré de solubilité de cet alcaloïde, explique suffisamment la lenteur de la production des accidents toxiques.

Ce cas doit rappeler, une fois de plus, qu'il ne faut pas administrer les médicaments très-actifs sous forme de pastilles agréables au goût, mais sous celle de plaques de gélatine qui couvre également le mauvais goût, sous celle de pilules ou sous celle de poudres, puisque la première peut facilement donner lieu à des confusions très-graves; en outre il doit engager à substituer à l'acétate de morphine son hydrochlorate, à cause de l'instabilité du premier de ces sels.

L'auteur insiste beaucoup sur la persistance de la contraction pupillaire *après la mort*, dans ce cas, parce que ce symptôme est généralement passé sous silence *alors*. Si d'autres observations le fournissaient également, il acquérerait une grande valeur dans le diagnostic anatomique du morphinisme aigu, sous lequel il n'aurait peut-être pas moins d'importance que n'en a l'existence d'un foie gras dans les intoxications par le phosphore, bien que ce dernier ne soit pas pathognomonique de cette affection, tant parce qu'il a manqué dans quelques cas, que parce qu'il a été observé dans toute une série d'autres empoisonnements.

Pour terminer son travail, l'auteur donne son opinion négative, sur un cas douteux d'empoisonnement par la morphine d'un enfant de six ans qui fut trouvé mort dans son lit. La dose du médicament: 13 milligrames en trois jours, dont trois seulement le troisième jour, l'absence de tous les symptômes toxiques, le temps qui s'écoula entre la dernière administration de la morphine et la production de la mort (14 heures), et enfin les résultats de l'autopsie cadavérique sont pour lui quatre preuves que la mort n'avait nullement été déterminée par la morphine.

Il s'élève beaucoup, en terminant, contre l'emploi de la morphine chez les enfants pour lesquels il conseille la jusquiame ou la belladone à titre de calmants, et cela d'autant plus que les intoxications par des substances qui contiennent de l'hyoscyamine ou de l'atropine, ont un

pronostic infiniment meilleur que celles par la morphine; les préparations bromurées, que les enfants supportent si bien, peuvent aussi chez eux remplacer l'opium avec avantage.

En revanche, celui-ci est nécessaire dans certains cas de catarrhe intestinal, avec ou sans vomissements, quand les mucilagineux, le sous-nitrate de bismuth, le nitrate d'argent, la créosote n'ont pas d'effet et que le sesquichlorure de fer paraît même augmenter la diarrhée, mais alors, d'après l'auteur, c'est au laudanum liquide de Sydenham, parce que cette teinture vineuse au safran contient moins de morphine que la teinture simple.

TH. HUSEMANN,
Professeur à Gœttingue (Hanovre).

Tænia et viande crue.

Il y a vingt ou vingt-cinq ans, le tænia était en France une affection tellement rare, que bon nombre de médecins n'en avaient point rencontré, ou que leur pratique ne leur en rappelait qu'un très-petit nombre de cas. Aujourd'hui, le tænia devient une affection commune, et pour peu qu'il y fasse attention, un praticien tant soit peu répandu en observe, dans les villes surtout, plusieurs cas chaque année. Les faits de ce genre seraient sans doute plus nombreux encore si la présence du ver se révélait par des symptômes plus caractéristiques, et si le médecin, au lieu d'être informé fortuitement par le malade de l'existence de l'hôte désagréable qu'il nourrit, comme cela arrive presque toujours, dirigeait lui-même les recherches de ce côté.

A quoi tient cette multiplication subite du tænia?

C'est depuis 20 à 25 ans que Trousseau d'abord, plusieurs praticiens après lui, et plus récemment le professeur Fuster, ont employé fréquemment la viande crue, qui, après avoir été quelque temps accueillie avec défiance, est devenue bientôt d'un usage très-général.

Cette seule coïncidence laisse supposer que l'usage de la viande crue peut être pour quelque chose dans la production du tænia, et la plupart des médecins ont en effet adopté assez promptement cette étiologie qui nous paraît absolument certaine.

La viande de bœuf contient souvent des germes de tænia; ces germes, transportés dans l'estomac de l'homme, s'y développent en revêtant la forme du ver solitaire, et complétant leur organisation.

En Abyssinie, où l'usage du bœuf cru est général, tout le monde a le tænia, sauf les Européens, qui mangent la viande cuite. — A St.-Pétersbourg, le Dr. Weisse a observé, suivant Cauvet, que les enfants que l'on nourrit de viande de bœuf crue sont très-fréquemment attaqués du tænia.

Pour mon compte, j'ai observé le tænia un très-grand nombre de fois depuis quelques années, et toujours il s'agissait de personnes qui, peu de temps auparavant avaient fait usage de viande crue, ou qui étaient encore soumises à ce régime. Pareille coïncidence, si elle était fortuite, serait au moins étrange. Tout récemment encore, dans une communauté à laquelle je donne des soins, quatre religieuses avaient été soumises pendant quelque temps, à la viande crue; trois d'entre elles ont été atteintes du tænia.

M. Laborde (*Tribune médicale*, page 472) ne croit pas que la viande crue soit cause de la production du ver. Chacune des trois variétés du tænia que l'on trouve dans l'homme, dit-il, accuse d'une manière irrécusable son origine. Le tænia solium résulte de la transformation du cysticercus cellulosæ du porc ladre. Le bothriocéphale a son scolex dans le poisson, et le tænia mediocanellé est le seul que puisse nous communiquer la chair du bœuf ou de mouton. Or, ajoute M. Laborde, on sait combien est rare le tænia mediocanellé.

C'est là précisement qu'est l'erreur. Le tænia mediocanellé n'est point rare. Il est à notre époque, aussi fréquent au moins que le tænia armé. Rien n'est plus

facile que de le reconnaître. Une simple loupe suffit pour que l'on puisse apercevoir très-distinctement sur sa tête dépourvue de crochets, les quatre larges ventouses latérales qui le caractérisent. Au milieu de ce quadrilatère, et au sommet de la tête, s'ouvre une ventouse centrale plus petite. — Le long du corps et sur les anneaux s'ouvrent, d'une manière irrégulièrement alterne, les pores génitaux tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Or, si M. Laborde veut bien examiner les tænias qui auront suivi l'ingestion un peu prolongée de viande de bœuf crue, il verra facilement qu'il s'agit presque toujours du tænia inerme, ou médiocanellé, devenu de nos jours très-fréquent en France par suite de nos habitudes thérapeutiques nouvelles, tandis que la fréquence du tænia armé n'a pas augmenté, car la viande de porc peu cuite ou crue reste exceptionnelle.

C'est donc bien la viande crue de bœuf ou de mouton qui nous fournit ces cas fréquents de ver solitaire.

N'y aurait-il pas quelque moyen d'éloigner cet inconvénient? Il est au moins probable, sinon certain, que l'addition d'alcool à la viande crue, suivant la méthode de Fuster de Montpellier, suffit pour tuer le scolex et prévenir tout danger. Il faut seulement pour cela que l'alcool employé soit un peu fort, que la viande crue préparée pour le malade ait été délayée soigneusement dans ce liquide, et qu'elle y ait macéré quelque temps.

Toutefois, alors même qu'il serait démontré qu'aucun moyen sûr ne saurait mettre à l'abri du danger prochain de gagner le tœnia, l'usage de la viande crue offre dans quelques circonstances, et en particulier dans la diarrhée des enfants et des sujets cachectiques de si grands avantages, qu'il serait peu raisonnable de se priver d'un aussi précieux moyen. Il convient seulement d'en réserver l'emploi aux cas dans lesquels il est réellement utile, et de l'associer, quand on le peut, à l'alcool.

Grâce à Dieu, au moment où il allait devenir plus fréquent, la matière médicale s'est enrichie de la connaissance d'un tænifuge aussi éficace pour le moins qu'aucun autre, et qui l'emporte sur presque tous par son innocuité absolue, la facilité de son administration, son abondance et son bas prix, qui le met à la portée de toutes les bourses. Bien administrée, la graine de citrouilles est un tænifuge sûr et inoffensif qui ne manque guère son effet. Quelques précautions sont nécessaires lors de l'emploi de cette substance :

1° L'on doit préalablement vider l'intestin, en commandant au malade de s'abstenir de souper la veille du jour où il doit prendre le remède;

2° L'on donne de bonne heure, le matin, à jeun, 60 grammes de grains de citrouilles dépouillés de leurs écorces, pilés avec du sucre, et délayés dans de l'eau de manière à former une espèce de lait d'amandes;

3° Lorsqu'au bout de quelques heures une sensation insolite de déplacement qui se fait sentir dans l'abdomen, indique au malade que le ver engourdi a quitté son point d'attache à la muqueuse et se pelotonne sur lui-même, on donne en une fois 70 grammes d'huile de ricin dans une tasse de bouillon chaud ou de café noir : le ver est rendu dans la journée.

Si la tête n'est pas retrouvée dans le paquet formé par l'helminthe, on peut recommencer au bout de 8 à 10 jours, ou même, si le malade le préfère, dès le lendemain.

En résumé : — Il est certain que l'usage de la viande crue, telle qu'elle est souvent prescrite aujourd'hui, expose au tænia.

L'espèce que l'on observe dans ce cas est le *tænia inerme* ou *mediocanellé*.

Le mélange de la viande crue avec de l'alcool fait disparaître le danger ou du moins l'atténue beaucoup.

Le tænia une fois développé est en général très-facilement chassé par la graine de citrouilles prise d'une façon convenable.

G. Regnault

Professeur de thérapeutique à l'école de médecine de Rennes.

OBSTÉTRIQUE.

De l'extraction « post mortem, » du produit de la conception. De la possibilité de l'effectuer par les voies naturelles.

Il n'est aucun de nous, assurément, qui n'ait eu, plus d'une fois dans le cours de sa carrière, la mauvaise fortune de se trouver en présence du cadavre d'une femme conservant encore dans son sein le produit de la conception. Dans ces conditions malheureuses, de grands intérêts matériels et spirituels sont en cause. Il y a là, d'une part, une question souvent très-capitale de survie, d'une autre part, dans l'ordre religieux, il s'agit d'assurer le salut éternel de l'enfant, en lui administrant le baptême.

En pareil cas, l'extraction du produit, est indiquée, et cette indication est d'autant plus formelle, que le moment de la mort de la mère est plus rapproché. Une telle pratique, du reste, se présente si naturellement à l'esprit, qu'on en trouve les traces jusque dans les temps fabuleux. Au dire de Pline, c'est ainsi qu'est venu au monde Jules César :

Primusque Cesar a cæso matris utero dictus.

Ce serait une erreur de croire que la mort de la mère entraîne aussitôt celle de l'enfant. Des faits bien avérés sont là pour constater que la vie de celui-ci peut se prolonger encore assez longtemps après le trépas de sa mère. Je n'en citerai que trois exemples des plus remarquables.

La princesse Pauline de Schwarzemberg ayant succombé à la suite d'une brûlure survenue dans une fête donnée chez son beau-père, à l'embassade d'Autriche, on fit l'autopsie du cadavre, le lendemain de la mort. L'enfant fut extrait vivant du sein de l'utérus.

Voici deux autres faits plus remarquables encore.

Une femme fut assassinée par son mari à coups de couteau. Le fœtus fut blessé par l'instrument, qui pénétra dans la matrice. L'autopsie ne fut pratiquée que 48 *heures après la mort*. Cependant l'enfant fut retiré vivant du sein de sa mère. François de Cirile vint au monde par l'opération césarienne que l'on pratiqua sur sa mère exhumée.

Ces exemples frappants suffisent pour consacrer une telle pratique, que l'on doit mettre en usage à un moment aussi rapproché que possible de l'heure du décès. Il n'y a donc pas lieu d'être surpris que, mû par un sentiment d'ordre supérieur, ne pouvant compter sur aucune assistance éclairée, un prêtre Belge, il y a de cela quelques années, ait pu trouver dans une foi profonde un stimulant assez puissant pour armer sa main du couteau césarien.

Jusque dans ces dernières années, le seul mode utilisé pour cette extraction *post mortem*, a été la gastro-utérotomie. Moi-même j'ai eu l'occasion de le mettre en œuvre un certain nombre de fois. Je dois le dire, cependant, toujours jusqu'ici le résultat a déçu mon espoir.

Il n'en faut pas douter : l'intervention de l'homme de l'art serait plus souvent réclamée en ces tristes conjonctures, si l'emploi prématuré de l'instrument tranchant ne mettait pas en jeu d'aussi grandes responsabilités, et n'exerçait pas, en outre, une si profonde impression sur les esprits, trop enclins à considérer une opération de cette nature comme une véritable profanation de la mort.

Or, depuis quelques années, un progrès important s'est accompli, sur un tel point, dans la pratique de notre art. Il serait vivement à souhaiter que ce mode de délivrance *post mortem* se vulgarisât. Qu'une intervention de cette nature soit érigée en précepte (et rien désormais ne s'y oppose) et l'homme de l'art se trouvera en mesure de donner satisfaction à tous les intérêts. Cette pratique, on le devine, consiste à opérer la délivrance *par les voies naturelles*, mode conseillé surtout par les accoucheurs Belges et Italiens.

Je puis maintenant parler pertinemment de ce mode de faire. Le 1er août dernier, en effet, il m'a été donné d'en faire la première application Il serait difficile, *apriori*, de s'imaginer combien il est aisé d'ordinaire de pénétrer, après la mort, au travers des

organes générateurs, en dehors de toute préparation au travail de l'accouchement. Voici, du reste, l'exposé sommaire du fait qui m'a inspiré l'idée de la présente note.

— A la date ci-dessus, je fus requis en toute hâte, à cinq heures du soir, pour aller *accoucher* (*sic*) une jeune femme morte subitement à deux heures, en pleine convalescence d'une fluxion de poitrine. L'enfant, me disait-on, venait de donner des signes de vie.

Je pratiquai l'auscultation, et constatai distinctement les bruits fœtaux, devenus faibles et intermittents.

Je proposai à la famille de tenter d'opérer aussitôt la délivrance, et je donnai l'espoir qu'il me serait possible de l'effectuer sans mutilation du cadavre. On m'avait fait appeler dans une telle intention; mais, pour des raisons que point n'est besoin d'énumérer ici, les parties intéressées avaient changé d'avis. On se borna à me prier avec instance d'administrer le baptême *in utero*.

Je fis placer la pauvre morte en diagonale dans son lit. Je huilai fortement la partie externe de la main droite, que je m'efforçai de faire pénétrer dans les organes générateurs. Je franchis l'anneau vulvaire avec une facilité à laquelle, je l'avoue, j'étais loin de m'attendre. Je parvins, sans coup férir, jusqu'au col de l'utérus, dans lequel j'insinuai les doigts réunis en cône, par un mouvement de vrille. Quelques instants me suffirent pour arriver à la tête. Rien ne m'était plus facile que de pénétrer à pleine main au sein de l'utérus, et de pratiquer la version. J'en fis la proposition à la famille, qui me répondit par la défense la plus formelle.

En pareils cas, la position d'un accoucheur est fort délicate : il court de bien grands risques, s'il persiste quand même à écouter la voix de sa conscience. Plus d'une fois, dans le cours de ma carrière, il m'a été donné d'en acquérir la preuve à mes dépens! Je crus donc bon, ici, d'obtempérer à un ordre formel.

Je dus m'en tenir à l'administration du baptême. J'avais fait préparer, à cet effet, un irrigateur Eguisier. J'introduisis la canulle sur la face palmaire des doigts de la main droite, au travers de la cavité cervicale, jusque sur la tête de l'enfant; je fis ouvrir le robinet de l'appareil, et pendant que le liquide était projeté directement sur la voûte crânienne, je prononçai les paroles sacramentelles.....

Lorsque je me retirai, quelques instants après, je laissai chacun satisfait ; mais, ce que je puis affirmer, c'est que l'accoucheur ne l'était pas!.....

— Ce qu'il faut retenir de tout ceci, c'est que la délivrance, POST MORTEM, par les voies naturelles, est d'ordinaire facile à mettre en œuvre, surtout chez les multipares. Chacun sait que la contractilité de l'utérus survit à celle des autres parties du corps. C'est cette condition qui rend compte de l'expulsion spontanée du produit, phénomène cadavérique dont chacun de nous, assurément, a eu plus d'une fois occasion d'être témoin, à un moment plus ou moins éloigné du décès de la mère. Il est du devoir de tous de ne pas commettre un tel soin à la seule traction utérine, qui n'expulse des organes qu'un enfant privé de vie.

Ce qu'il importe de ne pas oublier, c'est que la résolution musculaire est absolue après la mort, et que cette résolution rend le plus ordinairement facile l'accès de l'utérus. Une telle pratique, utilisée à temps opportun, doit être accueillie sans répugnance, je dirai même, avec empressement par les familles. En effet, elle a pour double avantage de sauvegarder de puissants intérêts matériels, et de donner satisfaction aux parents et amis de la défunte, par l'accomplissement d'un des actes les plus importants de la religion chrétienne. Or, l'accoucheur doit bien se pénétrer de cette idée: Il est autant de son intérêt que de son devoir de tenir le plus grand compte des croyances religieuses, quelles qu'elles soient, des familles qui l'honorent de leur confiance.

Dr L. HAMON.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Traitement de la fistule à l'anus au moyen de la section linéaire; méthode et procédé nouveaux, par le Dr Jules Félix.

Nous empruntons à un intéressant mémoire publié *in extenso* par les *Annales de la Société de médecine* de Gand, la partie qui a trait à un nouveau traitement radical de la fistule à l'anus. Ce mémoire a valu à son auteur une récompense au concours de 1873. Nous nous croyons, par là même, dispensé de faire l'éloge d'un travail dont l'extrait suivant, nous en sommes convaincu, sera accueilli avec une légitime faveur par les lecteurs de la *Revue*.

De tous les modes opératoires mis en usage pour la cure radicale de la fistule à l'anus, *l'incision* est le procédé ordinaire le plus recommandé, le plus fréquemment employé et avec le plus de succès. Mais ce procédé n'est pas sans inconvénients, sans difficultés, ni sans dangers. Aussi c'est pour obvier à ces inconvénients et à ces dangers, c'est pour rendre cette opération praticable par tout le monde que je propose l'opération de la fistule par la section linéaire.

Quels sont les inconvénients, les difficultés et les dangers de l'opération de la fistule à l'anus par l'incision?

Il n'est pas possible à un praticien de faire cette opération sans l'aide d'un ou de plusieurs confrères. Or, à la campagne il n'est pas toujours aisé de se réunir à plusieurs, et la bourse des patients ne permet pas toujours une rémunération, même convenable.

En second lieu, beaucoup de praticiens n'aiment pas de faire cette opération et en redoutent les accidents.

Quant aux dangers de l'emploi du bistouri, nous les avons déjà énumérés plus haut, et ces dangers arrêtent bien des chirurgiens : les régions délicates, les veines nombreuses, les rapports importants exposent à l'hémorrhagie.

L'abondance des vaisseaux et du tissu cellulaire, la disposition des aponévroses, l'élévation plus ou moins grande de l'orifice interne, exposent à la lésion d'organes importants et aux accidents terribles de l'introduction de l'air dans les veines, de la résorption et de l'infection purulentes, de la péritonite, et même, chez la femme, de la fistule recto-vaginale. Sans compter encore le tétanos, la syncope, la phlébite, l'érysipèle, la fièvre traumatique, qui surviennent souvent à la suite d'opérations faites par l'instrument tranchant.

On voit par ce qui précède combien il est avantageux de trouver un procédé opératoire simple, facile, à la portée de tous les praticiens, n'exigeant pas la présence de plusieurs chirurgiens et n'exposant pas le malade aux douleurs et aux dangers de l'incision par le bistouri.

MM. Chassaignac et Maisonneuve ont démontré dans leurs remarquables travaux que les plaies contuses et par écrasement sont indemnes des accidents produits par le bistouri. L'expérience de chaque jour nous prouve combien les plaies contuses et par arrachement sont moins dangereuses que les lésions faites par les instruments tranchants. Aussi les deux savants chirurgiens français mirent-ils bientôt leurs observations au profit de la médecine opératoire ; tout le monde connaît les brillants résultats de l'emploi des écraseurs linéaires de MM. Chassaignac et Maisonneuve.

Mais si dans une opération chirurgicale, on doit tenir avant tout compte de la sûreté du résultat et du peu d'accidents que le procédé opératoire entraîne, il faut aussi considérer la simplicité du procédé et la facilité et la rapidité de sa mise à exécu-

tion, ainsi que l'absence complète de douleurs et de dangers.

Dans le cours de ma pratique, je fus souvent frappé de la profondeur et de la netteté des plaies faites par le frottement rapide d'une mince ficelle ou d'un léger fil métallique. Ces plaies se font par glissement avec rapidité et se guérissent aisément, sans fièvre et sans complication aucune. L'hémorrhagie consécutive est nulle ou insignifiante.

Cette observation me conduisit à employer la section linéaire pour certaines opérations, et c'est dans l'opération de la fistule à l'anus que cette méthode m'a donné les meilleurs résultats.

Mon procédé consiste donc tout simplement à introduire dans le trajet de la fistule et à travers ses deux orifices, un fil de soie tordue (soie anglaise tordue pour ligatures), d'attacher chacune des deux extrémités de ce fil à une menotte, pour la facilité de l'opérateur qui, prenant une menotte dans chaque main et imprimant un mouvement rapide de va-et-vient, à l'instar d'une scie et en même temps de légère traction continue, sectionne ainsi en quelques secondes tous les tissus qui séparent les deux orifices de la fistule et en met à découvert tout le trajet.

Je me sers de préférence d'un fil de soie anglaise tordue, parce que ce fil est très-solide, mince, très-souple, très-maniable et ne s'imprégne pas vite de sang. Je possède de ces fils de soie qui m'ont servi deux et trois fois pour l'opération de fistules et qui en portent à peine les traces.

Le fil de chanvre tordu ne vaut absolument rien, il ne coupe pas nettement les tissus vivants; il déchire à force de traction et devient trop volumineux par l'absorption des liquides; une fois mouillé il ne coupe plus du tout.

A défaut de fil de soie anglaise, on pourrait se servir de deux crins de cheval tournés l'un sur l'autre; mais les crins sont raides, peu maniables et très-cassants; les fils métalliques présentent les mêmes désavantages.

Mon procédé étant annoncé, nous allons exposer la manière de s'en servir :

Lorsqu'un cas de fistule à l'anus se présente, il faut avant tout en déterminer le trajet et les orifices. Jusqu'ici l'on introduisait un stylet plus ou moins flexible par l'orifice externe, et le conduisant à travers le trajet fistulaire, on cherchait à découvrir l'orifice interne au moyen du doigt de la main opposée, introduit dans le rectum. Cette exploration se répétait pour chaque fistule en particulier, et chaque fois que l'on voulait préciser son diagnostic, ou préparer l'opération par l'incision. L'introduction de ce stylet se fait toujours avec douleurs et souvent les malades la redoutent autant que l'opération. Pour empêcher la répétition de ces explorations, si douloureuses et si pénibles pour les malades, je me sers d'un stylet flexible, plus ou moins long d'après le trajet qu'il a à parcourir, mais aiguillé à l'une de ses extremités. Lorsque le diagnostic de la fistule est complet, je retire le stylet aiguillé, qui porte le fil de soie tordue dans son œillet, de façon que ce fil traverse la fistule et sorte par chacun des orifices à l'instar d'un séton. Le fil de soie étant double, je le lie pour qu'il reste en place et de façon à conserver intacte l'anse formée par le fil double. Cette anse servira, au besoin, à l'introduction facile d'un autre fil double, sans devoir employer de nouveau le stylet, et épargnera ainsi au malade les douleurs violentes que produisent les introductions répétées du stylet. Je laisse cette espèce de séton en place jusqu'au moment de l'opération; si ce moment est assez retardé pour craindre l'altération du fil de soie et ne plus être sûr de sa solidité, je remplace, au moment de l'opération, l'ancien fil de soie par un autre; cela se fait très-aisément et sans douleur pour le malade : il suffit pour cela de le passer dans l'anse du premier, de le laisser double aussi et de tirer l'ancien par un bout jusqu'à ce que le nouveau fil ait occupé dans la fistule la place de l'ancien.

J'insiste encore sur la nécessité de prendre et de garder ces fils de soie doubles; quand on procède à la section, l'on n'emploie qu'un seul fil, le second est une réserve en cas de rupture du premier, accident qui ne m'est pas encore arrivé, puis-

que, comme je l'ai dit plus haut, ces fils de soie sont si solides que le même a pu me servir plusieurs fois. Malgré cela, les précautions sont toujours bonnes et nécessaires, surtout dans une opération aussi sérieuse et qu'il convient de terminer rapidement; en cas de rupture d'un premier fil, le second est tout disposé pour le remplacer, et le retard dans l'opération sera si insignifiant, que le patient pourra à peine s'en apercevoir.

L'avantage de ce fil double, à demeure et en guise de séton, est bien plus grand encore dans les fistules *multiples* ou *complexes* : on ne parvient pas toujours à découvrir du premier coup les trajets et orifices des fistules à l'anus. Souvent même après les avoir trouvés une première fois facilement, on a grand peine à les découvrir tous aisément une autre fois; de là, souffrances multipliées par l'introduction réitérée du stylet explorateur.

En laissant en place dans chaque fistule le fil de soie, à l'instar d'un séton, on a le temps de rechercher successivement les divers trajets fistuleux et de procéder à cette exploration, même en plusieurs séances. Une fois toutes les fistules découvertes et le moment de l'opération venu, on réunit de droite et de gauche tous les fils de soie dédoublés en deux faisceaux; on attache chacun des faisceaux à une menotte en bois ou en acier, et on procède à la section rapide de toutes les fistules à la fois. Les autres fils, que l'on tient fixés de chaque côté par une bandelette de sparadrap, et rangés en ordre, sont les fils de rupture. Au lieu de fixer ces fils de réserve par une bandelette de sparadrap, il est plus aisé de les fixer par ordre dans de petites entailles, faites à cet effet le long d'une légère tige en bois; on emploie une tige en bois pour les fils qui sortent par l'orifice interne de la fistule, et une autre pour les fils qui sortent par l'orifice externe.

De cette façon, l'opération d'une fistule complexe ou de plusieurs fistules, ne dure pas plus longtemps que l'opération d'une fistule simple et unique. La douleur n'est pas plus forte, le nombre d'aides n'est pas plus grand, les difficultés ne sont pas plus nombreuses et les dangers ou les accidents ne sont pas plus à redouter.

J'ai dans ma clientèle une personne atteinte de fistule anale, depuis trois ans elle porte le fil de soie en guise de séton; cette personne vaque à ses affaires; depuis lors elle ne souffre presque plus et ne sait pas se décider pour l'opération de la cure radicale, tant elle éprouve de bien-être de l'application continue du fil-séton. Cette personne ne souffre plus depuis lors d'abcès stercoraux, qui se reproduisaient si fréquemment auparavant, accompagnés de symptômes inflammatoires et fébriles des plus alarmants, et même de délire.

L'application du fil-séton donne aussi d'excellents résultats, dans les cas de fistule à l'anus où il y a contre-indication d'opérer. En appliquant ces sortes de sétons, on empêche la réproduction fréquente d'abcès qui font tant souffrir; ce séton ménage une issue facile aux liquides et aux gaz, la suppuration a son libre cours, et il arrive parfois que ce fil de soie amène des modifications notables dans l'état de la fistule, dont le trajet et les orifices se rétrécissent et tendent même vers la cicatrisation complète. Dans ce cas, il faut bien se garder d'enlever le séton avant que les orifices, surtout l'orifice interne, ainsi que le trajet ne soient réduits à de minimes proportions, et que l'on ait acquis la certitude, par l'exploration au moyen du stylet, que la cicatrisation des clapiers s'est faite.

Il n'est pas sans intérêt de faire ici quelques remarques touchant le moyen de découvrir les orifices internes des fistules et l'introduction du stylet explorateur.

L'orifice interne d'une fistule est quelquefois très-difficile à découvrir, soit à cause des sinuosités du trajet, soit à cause de l'élévation de l'orifice. Dans les fistules multiples ou complexes, on ne découvre pas toujours aisément tous les orifices, et l'on n'a pas toujours la certitude de les avoir trouvés tous.

Un moyen, préconisé par M. le docteur Van Hœter, chirurgien des hôpitaux de Bruxelles, et qui rend de grands services dans les cas difficiles, c'est d'introduire, dans le rectum, au moyen du spéculum,

une grosse et longue mèche enduite d'amidon; la mèche étant introduite assez haut, on fait par l'orifice ou les orifices externes une injection d'eau tiède colorée par de la teinture d'iode; ce liquide arrivant sur la mèche par les orifices internes, la colore en bleu, et chaque tache sur la mèche donne une idée exacte de la grandeur et de la situation de l'orifice auquel elle correspond.

Maintenant que nous avons vu la manière d'introduire les fils de soie et comment on s'en sert pour opérer la section linéaire des tissus, il nous reste à examiner et à étudier :

A) La position à donner au patient pendant l'opération;

B) Le nombre d'aides nécessaires et leur rôle;

C) Les précautions et dispositions à prendre pour que l'opération se pratique sans douleurs;

D) Les pansements et les soins consécutifs.

a) On purge le patient la veille du jour de l'opération au moyen d'un purgatif salin, et quelques heures avant l'opération on déblaie complétement l'intestin au moyen d'un lavement gras et copieux. Cela étant fait, le patient se place sur un lit assez dur, se couche sur le côté droit ou gauche, d'après la situation de la fistule, rapproche les jambes des cuisses, les cuisses du tronc, et présente le siége tout au bord du lit, de façon à ce que l'opérateur soit à son aise. Si le patient n'est atteint que d'une fistule simple et unique, il se couchera sur le côté droit, si l'orifice externe est a droite, et sur le côté gauche, si l'orifice externe est à gauche. Dans les cas de fistules complexes ou multiples, l'opéré prendra la position qui sera la plus avantageuse, pour que le chirurgien exécute le plus aisément les mouvements de scie et de traction, afin d'opérer rapidement la section linéaire des tissus.

b) L'aide principal se place à la droite de l'opérateur si le patient est couché sur le côté droit, et à la gauche si le patient est couché sur le côté gauche; son rôle principal est d'écarter fortement les fesses au moyen de la main, afin que les fils de soie destinés à la section soient bien disposés; il se chargera aussi de l'anesthésie locale, au besoin. Ce seul aide suffit quand le patient est courageux et docile. Une troisième personne, placée en face de l'opéré, pourrait lui tenir les mains; mais ce n'est pas absolument nécessaire, car une fois les fils placés et réunis en faisceaux, s'il y a lieu, l'opérateur n'a plus rien à craindre, il est maître du sujet.

L'on voit qu'à la rigueur la présence d'un second chirurgien n'est pas tout à fait indispensable, et qu'une personne intelligente et de sangfroid peut même servir d'aide principal.

c) Quand tous les fils sont convenablement disposés, l'aide principal projette, au moyen du pulvérisateur de Richardson, de l'éther rectifié sur les parties qui doivent être sectionnées, jusqu'à ce que ces parties soient recouvertes d'une espèce de neige; cette semi-congélation rend ces parties complétement insensibles. La pulvérisation de l'éther doit se continuer sans interruption pendant toute la durée de l'opération.

Une fois l'anesthésie produite, l'opérateur saisit une menotte dans chaque main, et imprime au fil de soie un mouvement rapide de traction et de scie. En quelques secondes la section linéaire des tissus est faite, sans hémorrhagie et sans douleurs.

d) La section terminée, l'opérateur s'assûre, au moyen du doigt, si le trajet est net et si les anfractuosités ou les parois internes de la fistule ne présentent pas de brides fibreuses qui nuiraient à la cicatrisation, et qui doivent être réséquées au moyen de ciseaux.

Cela étant fait, une grosse mèche imbibée d'huile phéniquée (5 pour 95) est introduite dans l'anus dilaté à cet effet par le spéculum bi ou trivalve; et des compresses d'eau froide phéniquée sont appliquées sur la plaie, renouvelées toutes les vingt minutes; le malade est couché sur le côté et maintenu dans l'immobilité. Tous les jours une injection d'eau phéniquée tiède est faite dans la plaie et la mèche est renouvelée. La liberté du ventre et la facilité des selles sont entretenues par des lavements simples (décoction de

graine de lin), administrés tous les matins trois heures avant le pansement. Au bout de trois jours, les compresses d'eau phéniquée sont suspendues et remplacées par des pansements simples, au moyen de charpie et de compresses sèches, le tout maintenu par un bandage en T. Au bout de trois jours, même plus tôt quelquefois, le malade quitte le lit pour rester assis ou debout, une suppuration de bonne nature se fait, la plaie bourgeonne et la guérison s'opère régulièrement, sans que le malade éprouve aucun des accidents qu'entraînent les opérations faites par l'instrument tranchant; pas même la fièvre traumatique, que l'emploi du bistouri ne peut jamais éviter.

Sur un nouveau mode de traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants.

Une expérience personnelle assez étendue m'a convaincu que la rétention d'urine, dans la jeunesse, ainsi que dans l'âge adulte, est fréquemment occasionnée par le récrétissement soit de l'orifice préputial, soit du méat urinaire, et que les sédatifs et les narcotiques sont des moyens préservatifs, mais non curatifs. La circoncision, ou le débridement de l'orifice préputial, lorsque le prépuce est seul en défaut, en font prompte et entière justice. Lorsque ce moyen reste insuffisant, le méat urinaire sera souvent trouvé également rétréci, et son élargissement donnera enfin le résultat désiré. Je vais rapporter un cas où ces deux conditions se sont trouvées réunies.

G. H... jeune garçon de 10 ans, était depuis deux ans affecté d'une incontinence d'urine qui se reproduisait deux ou trois fois la nuit, et souvent aussi durant le jour. La belladone le soulageait, mais l'affection se reproduisait aussitôt que le médicament était suspendu.

Je trouvai le prépuce très-long et son orifice fort étroit. Je pratiquai la circoncision en octobre 1874. Je constatai que le gland avait contracté des adhérences avec le prépuce, et que le méat urinaire était en même temps rétréci. Je débridai ce dernier.

Le résultat de cette opération fut excellent, pendant quatre semaines; mais à partir de ce moment, les accidents se reproduisirent. Je me livrai à un autre examen, qui me permit de constater la reproduction du rétrécissement. J'en opérai de nouveau le débridement. Depuis cette époque, il ne s'est plus produit aucun trouble de ce côté, et le jeune enfant a joui d'une santé bien meilleure qu'auparavant.

J'ai reçu du Dr C H. Martin, de Mobiles, un des plus habiles chirurgiens du Sud-Ouest une lettre que je désire communiquer aux lecteurs, afin qu'ils puissent mieux juger encore de l'efficacité de mon traitement.

« Le 29 novembre 1874, j'étais appelé auprès d'un jeune enfant âgé de dix-huit mois. Cet enfant était très-délicat, pâle, chagrin, sans appétit, languissant, se plaignant de souffrir au moment de chaque miction.

Ces données me firent croire, tout d'abord, qu'il s'agissait de la pierre. Je ne tardai pas, cependant, à abandonner cette idée. Je trouvai, en effet, un prépuce long et à orifice congénitalement très-rétréci, si étroit même, qu'un stylet en argent avait peine à le traverser.

Je fus très-satisfait de trouver dans ce rétrécissement, la cause de cette affection.

Le docteur avec lequel j'avais été appelé en consultation sourit à un tel diagnostic; mais, comme il y avait un obstacle évident à l'urination, il consentit à l'élargissement de l'orifice du prépuce.

Le résultat de cette simple opération n'a pas tardé à démontrer la justesse de vos vues et de mon diagnostic, basé sur elles.

Dès le lendemain, mon petit malade était sensiblement amélioré. Il mangeait bien, dormait paisiblement, n'avait plus d'incontinence d'urine. Aujourd'hui, un mois après l'opération, le rétablissement est complet. Au dire du père de l'enfant, le poids du corps s'est accru de 8 à 10 li-

vres, et la santé est meilleure que jamais. »

New-York, 9 juin 1875. Dr F. N. Otis. (Traduit de *the Lancet*.)

La mortalité causée par les anesthésiques. — Il est prouvé par des faits nombreux, que nous avons recueillis dans ces colonnes, de 1870 à 1872, que l'éther présente, au point de vue de l'anesthésie, une bien plus grande sécurité que le chloroforme, ou que le bichlorure de mythylène. Le résultat de cette accumulation de preuves a été la large introduction de l'éther dans nos hôpitaux, desquels, dans ces vingt-cinq dernières années, il avait été injustement banni. Parmi les hôpitaux où s'est ainsi introduit l'usage de cet anesthésique, il faut citer l'hôpital Saint-Georges, où M. Poblock, après avoir constaté ses excellents effets, en est devenu le partisan le plus enthousiaste.

Cet enthousiasme est bien fondé, quoique un peu trop exclusif. Il a été prouvé par les notes receuillies par nous dans le Registre-général, ainsi que par nos propres relevés, que les cas de mort causés par le chloroforme s'élèvent, dans ce pays à une moyenne de presque un par mois (1).

S'il faut s'en rapporter aux données fournies par M. Morgan, le chloroforme est huit fois aussi dangereux pour la vie que l'éther. Ce dernier, cependant, n'est pas exempt de tout danger. Des deux cas de mort publiés cette semaine, l'un, attribué par les journaux, échos du bruit public, à l'administration du chloroforme, a été dû en réalité à l'usage du bichlorure de mythylène, agent qui semble même moins dangereux que le chloroforme.

L'éther, administré par la méthode Américaine, est presque aussi rapide dans son action que le chloroforme, tout en étant beaucoup moins dangereux. Les raisons qui s'opposent à sa substitution à e dernier agent sont donc assez difficies à comprendre.

On aurait tort, cependant, d'avoir trop de confiance dans l'innocuité de l'éther. Physiologiquement parlant, il n'est pas admissible qu'un anesthésique, quel qu'il soit, puisse être employé avec la sécurité la plus absolue. M. Hutchinson, par exemple, a établi depuis deux ans dans ces colonnes, que l'éther semble avoir des dangers particuliers, lorsqu'il est employé chez des sujets avancés en âge. Le cas que nous rapporterons plus loin prouve, en outre, que cet agent n'est pas doué d'une immunité acquise à tous les âges de la vie. Il est certain, cependant, que cet anesthésique est moins sujet que le chloroforme à occasionner la mort.

De tels faits, mis en évidence dans le no de mai 1875 du *London medical Record*, avaient produit dans le temps, ce qui avait été appelé la *panique du chloroforme*. Cette panique a eu pour salutaire effet d'introduire largement dans nos contrées l'usage de l'éther. L'emploi de cet agent s'est de plus en plus étendu. Aussi, à l'exception de l'oxyde de nitre, dont l'usage est préférable pour la pratique des opérations de courte durée, telle que l'extraction d'une dent, l'éther est aujourd'hui l'anesthésique dont il est fait le plus fréquent usage. (Traduit du *the British medical Journal*).

Chute du rectum, traitement par la douche percutante sur l'anus et le périnée. — Une méthode simple, d'une application facile, innocente en quelque sorte, est très-recommandée par M. de Saint-Germain, qui lui a dû de très-beaux succès. Elle consiste à réduire la tumeur, à appliquer le pouce sur l'anus pour la maintenir réduite, et à faire donner une douche percutante, une douche avec la lance; puis on répète la même manœuvre chaque matin pendant vingt ou trente jours.

M. de Saint-Germain a employé ce moyen dans quatre cas successivement, sur des enfants de quatre à sept ans, et chaque fois avec un résultat favorable et rapidement obtenu. Pour le premier de ces enfants il s'agissait d'un cas très-difficile; l'enfant avait subi toutes sortes de traitements, et la muqueuse constamment

(1) The deaths from chloroform in this country are nearly one per month.

sortie faisait une protrusion considérable de huit à neuf centimètres environ. Parmi les moyens employés précédemment, il faut citer l'application du fer rouge en quatre points, comme le faisait Guersant, et les injections de strychnine. Celles-ci avaient été faites à doses assez élevées pour amener des convulsions violentes; rien n'avait réussi, le prolapsus se renouvelait.

M. de Saint-Germain fit la réduction et fit donner la douche sur l'anus et le périnée, et la chute ne se renouvela que le soir; il en fut de même le lendemain. Après le troisième jour, l'enfant resta huit jours sans avoir de chute; la douche quotidienne fut continuée. Après ces huit jours la chute s'était faite à nouveau; ce fut la dernière fois. Vingt jours encore les douches furent données et la guérison se maintint absolument.

Chez les autres enfants la guérison fut infiniment plus rapide et ne s'est point démentie.

M. de Saint-Germain a même eu occasion d'employer ce procédé chez l'adulte, sur un homme de soixante-neuf ans, affecté de chute du rectum avec hémorrhoïdes. Il en résultait une infirmité très-pénible déjà traitée sans succès. La douche fut employée avec les mêmes procédés que pour les enfants; six semaines durant les douches furent continuées. Après quarante-cinq douches la guérison s'est bien maintenue.

Il s'agit, on le voit, d'un moyen simple; il est applicable aisément partout où on a à sa disposition un établissement hydrothérapique. Il faut employer un jet fort, frappant énergiquement. Mais en l'absence d'une installation aussi parfaite, il serait facile, avec un tuyau d'arrosage ou un tube de caoutchouc et un réservoir assez élevé, d'obtenir un jet suffisant pour obtenir le résultat demandé. (*Journal de méd. et de chir. prat.*, mai 1875.)

De l'emploi de l'hydrate de chloral en lavement contre les menaces d'avortement.— M. Martineau rapporte un nouveau fait entièrement favorable à l'emploi du chloral pour enrayer la marche d'un avortement. Une jeune femme enceinte de quatre mois et demi, était atteinte de pleuro-pneumonie droite étendue. Un vomitif lui fut administré et on lui tira 200 grammes de sang au moyen de ventouses scarifiées appliquées sur la poitrine, dès le début des accidents.

Le lendemain: vésicatoires, — ventouses scarifiées qui fournissent encore 200 grammes de sang.

C'est le troisième jour qu'apparurent les premiers symptômes d'avortement : douleurs caractéristiques, écoulement par la vulve d'un liquide séro-sanguinolent. Aussitôt, M. Martineau prescrit un lavement avec hydrate de chloral, — 1 gram.; au bout de quatre heures, les douleurs s'apaisent et l'écoulement sanguinolent diminue. Un deuxième lavement est ordonné, puis un troisième et un quatrième à un intervalle de 4 à 6 heures; en tout : 4 dans les 24 heures, soit 4 grammes de chloral. Le jour suivant, quatrième jour de la pleuro-pneumonie, les menaces d'avortement s'étaient dissipées et le cinquième on n'avait plus lieu de craindre leur retour; le travail prématuré était absolument arrêté. A quelques jours de là, des mouvements de l'enfant indiquaient qu'il était bien vivant et la convalescence commençait pour la mère.

(*Journal de Thérapeutique.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Lois et Mystères des fonctions de reproduction considérées *dans tous les Êtres animés*, spécialement **chez l'homme et chez la femme**, avec *deux planches coloriées* représentant les Organes génitaux des deux sexes et la circulation du Fœtus, par le Dr Antonin Bossu. Prix, 5 fr. chez Ad. Delahaye.

M. Bossu, dont plus d'une génération médicale connait le talent de vulgarisateur, attesté par son premier ouvrage, le *Compendium médical*, arrivé à sa 5e édition, vient de publier un nouveau livre qui mérite le salut de bienvenue. C'est, en quelque sorte un second *Compendium*, résumant les connaissances acquises sur la vie de reproduction. Notez que l'auteur

emploie le terme Reproduction de préférence à celui de Génération, parce qu'il considère le renouvellement des êtres vivants non pas seulement dans les mammifères, mais dans tous les êtres, à commencer par les végétaux les plus simples.

« Etudier les fonctions de Reproduction dans toute la série animale et principalement dans l'espèce humaine, dit-il, tel est le multiple sujet de ce volume, et c'est là un cadre neuf, ajoute-t-il, non sans raison, et qui promet l'intérêt accumulé de tous les écrits relatifs à la génération, aux rapports sexuels et à leurs écarts, à l'impuissance, à la stérilité, au mariage, etc. »

Présentant un véritable luxe typographique, le petit ouvrage de M. Bossu (in-18 de 400 pages), traite avec autant de clarté que de concision, de l'une des plus mystérieuses fonctions des êtres animés. Nous l'avons lu avec un grand intérêt, et de cette lecture nous croyons pouvoir tirer cette conséquence : que les médecins les plus instruits apprendront en le lisant beaucoup de choses qui leur étaient inconnues.

Ce n'est pas, certes, que nous n'ayons aucune critique à en faire : bien des questions sont traitées avec d'insuffisants développements, entre autres, par exemple, celle de la fécondation artificielle, bien qu'à côté d'elle nous ayons aperçu des vues nouvelles sur le célibat, et en particulier sur le célibat religieux. Il est vrai que l'auteur peut répondre à nos critiques, qu'il a voulu s'en tenir aux faits les plus importants et les mieux démontrés, abandonnant le champ des descriptions et des images voluptueuses, pour mettre son livre à un prix abordable aux plus petites bourses, alors même qu'il est enrichi de deux planches gravées et soigneusement coloriées.

Pour donner une idée de l'ouvrage en question et de l'intérêt que promet sa lecture, nous nous bornerons à reproduire le titre de ses chapitres.

Classification des êtres vivants. — Fécondité. — Fécondation dans toute la série végétale et animale. — Fécondation dans l'espèce humaine. — Impuissance. — Stérilité. — Célibat. — Mariage. — Divorce. — Cas de nullité de mariage. — Après la fécondation. — Fructification. — Incubation. — Grossesse. — Accouchement. — Délivrance, etc. Physiologie. — Hygiène. — Médecine.)

Manuel de diagnostic médical,
par S. Fenwick,

Traduit sur la 3e édition, par G. Edwards, Edg. Lacroix et J. Germain. Prix, 5 fr., chez H. Lauwereyns, libraire.

Le rapide écoulement de trois éditions successives de ce manuel, nous dispense d'en faire un long éloge. Ainsi que le fait remarquer son auteur, ce livre a été écrit spécialement pour les étudiants. Le médecin de *London Hospital*, en vue de rendre l'intelligence du texte facile aux étudiants de troisième année, peu versés encore dans les connaissances scientifiques, s'est surtout efforcé d'employer un langage simple et clair, et de s'abstenir, autant que possible, de mots techniques, qui pourraient embarrasser les jeunes néophytes.

Le succès de ce manuel, de l'autre côté du détroit, nous semble la meilleure garantie de celui qui l'attend chez nous. Et nous ne craignons pas de l'affirmer : en France comme en Angleterre, ce ne seront pas les seuls étudiants qui puiseront dans cette lecture, de précieux enseignements. Les praticiens les plus exercés seront souvent heureux de le consulter, pour rafraîchir leurs souvenirs.

Ils trouveront, au besoin, dans une forme aussi claire que concise, toutes les notions diagnostiques qui pourront leur être utiles, et dont les recherches, dans les ouvrages spéciaux, entraîneraient pour eux la perte d'un temps précieux.

Ce n'est pas tout : la science, qui marche toujours, s'est enrichie, dans ces dernières années, de divers agents de diagnotic, avec lesquels a seule pu se familiariser la jeune génération médicale. Les praticiens d'un autre âge, désireux de se tenir au courant de la science, n'auront qu'un simple coup d'œil à jeter sur cet ouvrage, pour se faire, au moins, une idée

sommaire de ces nouveaux modes d'exploration. Ils trouveront, notamment, dans ce petit livre, des notions très substantielles relatives à l'emploi du microscope, du laryngoscope, de l'ophthalmoscope, du cyrtomètre, de l'endoscope, du sphygmographe, du spiromètre, du thermomètre, du spiroscope.

Si l'on considère que cet ouvrage, malgré son faible volume, n'est pas orné de moins de 101 figures ou diagrammes, il faut reconnaître que l'auteur n'a rien négligé pour faciliter l'intelligence de ses descriptions.

Nous ne terminerons pas cette rapide analyse, sans féliciter les traducteurs d'avoir enrichi notre bibliographie d'un excellent ouvrage qui, dans un petit format, expose avec une grande clarté les bases les plus essentielles du diagnostic.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 juillet 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Élection. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre associé étranger. La commission présente :

1° En première ligne, M. Ooker (de Londres) ;

2° En deuxième ligne *ex æquo*, MM. Christison (d'Édimbourg) et Louis Porta (de Pavie).

Sur soixante votants, majorité 31.

M. Ooker obtient 57 suffrages, M. Christison 2 et M. Porta 1.

En conséquence, M. Ooker est élu membre associé étranger.

Choléra (suite de la discussion). — M. Jules Guérin, reprenant la question au point où elle en était restée l'année dernière, s'attache à démontrer que M. Woillez, dans son rapport sur les épidémies de 1873 a présenté les faits tout autrement qu'ils ne s'étaient passés. Avant l'épidémie du Havre il y avait eu non-seulement des diarrhées nombreuses, mais de véritables choléras dans un certain nombre de départements : M. Woillez n'en a pas parlé ; voulant se conformer aux croyances régnantes sur le choléra, il a tenu à faire arriver par importation cette maladie dans la ville du Havre, et de là dans toutes les localités où elle a paru.

« Je ne suivrai pas, dit M. Guérin, dans tous leurs détails, les diverses manifestations du choléra autour du Havre et dans toutes les localités avec lesquelles cette ville est en rapport. Je me bornerai à dire que partout où il s'est montré au complet, il avait été précédé par les manifestations ébauchées de la maladie ; comme dans les autres parties de la zone cholérique où il n'a pas fait explosion ; ces ébauches continuant à témoigner de l'influence épidémique à son premier degré.

Mais il est une contrée plus intéressante à examiner, au double point de vue de la manière dont la commission a fait pénétrer le choléra du Havre dans le Calvados, et de l'immunité constante et exceptionnelle de la localité qui aurait dû être la première à le recevoir. »

Arrivant au choléra de Paris, M. Jules Guérin reproche particulièrement à M. Woillez d'avoir passé presque complétement sous silence les traits nombreux relatés par M. Besnier dans ses rapports mensuels à la Société des hôpitaux. Ces faits prouvent que le choléra a apparu à peu près simultanément dans la plupart des arrondissements et dans la plupart des hôpitaux. Les douze premiers cas en ont été observés à l'hôpital Saint-Louis et se sont développés dans les salles, ils n'étaient donc pas le résultat d'une importation.

M. Jules Guérin conclut en ces termes :

« De l'examen auquel je me suis livré du rapport de la commission des épidémies sur le choléra de 1873, mis en présence des faits observés pendant cette épidémie, il résulte :

1° Que, contrairement à la doctrine de l'importation, les différentes contrées de la France sont restées, pendant plusieurs mois si ce n'est plus d'une année, en rapport quotidien avec différentes contrées du nord de l'Europe, occupées par le choléra, sans avoir contracté la maladie;

2° Que, d'accord avec la doctrine de la spontanéité, pendant le cours de 1873, un grand nombre de départements ont présenté, antérieurement à l'explosion de l'épidémie, des affections diarrhétiques cholériformes, tantôt chez les enfants seuls, tantôt chez les enfants, les adultes et les vieillards, affections identiques de nature et ne différant qu'accessoirement et graduellement entre elles par le chiffre de la mortalité.

3° Que, comme témoignage de l'évolution graduée de la maladie, ces affections cholériformes ont été accompagnées dans beaucoup d'endroits de cas particuliers de choléra à différents degrés, depuis l'ébauche la plus imparfaite jusqu'à sa forme la plus complète, et depuis l'état le plus bénin jusqu'à sa gravité la plus extrême.

4° Comme continuation et conséquence des mêmes faits, quelques-unes de ces localités envahies plus tard par le choléra complet avait offert, avant l'explosion épidémique, outre la diarrhée cholériforme généralisée, des cas de choléra confirmé, absolument identiques aux cas de l'épidémie, et n'ayant présenté d'autre différence avec ces derniers que de les avoir devancés et d'être restés quelque temps isolés.

5° Que, dans aucune de ces localités réputées centres d'invasion cholérique, il n'a été possible de constater un seul fait d'importation, et les faits d'importation allégués ont toujours été précédés de cas isolés de choléra parfaitement caractérisés.

6° Que, lors de l'explosion épidémique dans ces localités, les premières attaques individuelles ont eu lieu simultanément et d'emblée dans plusieurs quartiers, souvent très-éloignés les uns des autres, et que cette simultanéité d'attaques, à de grandes distances, exclut toute idée et toute possibilité d'importation ou de transmission infectieuse;

7° Que bon nombre de localités placées entre plusieurs centres épidémiques avec lesquels elles se trouvaient en rapport constant et quotidien, n'ont subi aucune atteinte de choléra confirmé.

Ainsi ramenée à ses résultats positifs, l'épidémie de choléra de 1873 peut être considérée comme un cas particulier d'un grand système opposé au système d'importation, système dans lequel les diverses épidémies de choléra qui ont régné en Europe depuis 1830, répètent d'une manière générale et absolue les faits particuliers que nous venons de signaler dans celle de 1873, et témoignent d'une manière unanime en faveur de la doctrine de la spontanéité contre la doctrine de l'importation.

Dans la prochaine séance, si l'Académie me le permet, je passerai donc en revue les diverses épidémies qui ont ravagé l'Europe, depuis et y compris celles de 1831, et j'espère montrer que chacune d'elles apporte son contingent à la démonstration de la genèse multiple et spontanée en Europe. »

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

Séance du 27 juillet 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Election. — L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre correspondant national.

La commission présente :

En première ligne, M. Glenard, de Lyon.

En deuxième ligne, M. Jacquemin, de Nancy.

En troisième ligne, M. Loir.

Le nombre de votants étant de 53 dont la majorité est 27,

M. Glenard obtient . . .	32	suffrages.
M. Loir — . . .	18	—
M. Jacquemin — . . .	3	—

En conséquence, M. Glenard ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre correspondant.

Choléra (suite de la discussion). — M. Jules Guérin, continuant son discours, passe en revue les dernières épidémies qui ont ravagé l'Europe, depuis et y compris celle de 1831 ; chacune d'elles apporte, comme celle de 1873, son contingent à la démonstration de la genèse multiple et spontanée du choléra en Europe. L'orateur expose d'abord les divers systèmes d'évolution du choléra, mettant hors de cause la doctrine de l'épidémicité absolue, qui admet l'origine spontanée du choléra à chaque épidémie, mais qui repousse absolument toute idée de contagion et d'extension de la maladie par transmission individuelle, ce en quoi seulement cette doctrine diffère de celle de M. Guérin. Toutes les autres doctrines antagonistes partant de cette opinion que l'Inde seule offre par la spécialité de son milieu et les diverses particularités sociales qui lui appartiennent, la faculté d'engendrer le choléra, et elles ne diffèrent entre elles que par les explications qu'elles donnent des réapparitions de la maladie et de ses modes de propagation. L'orateur distingue à ce point de vue la doctrine de l'importation absolue, la doctrine de la révivification des germes laissés par des épidémies précédentes, enfin la doctrine de la révivification combinée avec le principe de l'épidémicité. Passant ensuite en revue les épidémies de choléra qui ont éclaté en Europe depuis celle de 1831 jusqu'à celle de 1873, M. J. Guérin cherche à établir par les faits que ces épidémies n'ont pas eu un point de départ spécial, mais qu'elles se sont manifestées chaque fois presque simultanément sur divers points de l'Europe, qu'elles ont été précédées chaque fois par des constitutions médicales propres à chacune de ces contrées, se révélant par divers troubles intestinaux et particulièrement par des diarrhées, par des accidents cholériformes, par des cas de choléra sporadique, d'abord peu nombreux et peu intenses, puis se multipliant de plus en plus graves, jusqu'à ce qu'enfin la maladie prît franchement le caractère épidémique.

M. J. Guérin combat la théorie de la révivification des germes : suivant lui, il existe, entre deux épidémies déclarées, un grand nombre de cas de choléra qui ne sont ni des réveils de germes endormis, ni des cas de choléra nostras ou sporadique, mais des manifestations passagères de l'affection cholérique au même titre qu'il y a, pour toutes les maladies infectieuses : variole, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, fièvre puerpérale, des cas isolés qui ne sont pas pour cela d'une nature différente que les cas plus nombreux et plus intenses de l'épidémie.

L'épidémie de 1849 offre à M. Jules Guérin la répétition des faits observés pendant l'épidémie de 1832.

La constitution cholérique précède et accompagne toutes les explosions épidémiques, aussi bien dans l'Inde qu'en Europe. Pour démontrer cette proposition, M. Guérin invoque l'autorité de M. Cuningham, qui, dans son rapport officiel sur le choléra de 1872 dans les possessions anglaises de l'Inde, établit que la maladie, précédée partout de diarrhée, a éclaté d'une façon presque simultanée sur une centaine de points très-éloignés les uns des autres, s'est apaisée à peu près en même temps dans ses divers foyers, et ne s'est pas répandue en marchant le long des grandes voies de communication, mais, au contraire, dans des directions où il n'existe pas de chemin de fer, ni de grandes routes.

Ainsi dans l'Inde, les disséminations n'attestent aucune influence d'infection personnelle. Les phases épidémiques n'y obéissent pas plus qu'en Europe aux hasards de la contagion.

Enfin les explosions épidémiques, réglées dans leurs débuts, croissance et disparition par les lois de l'épidémiologie, n'y sont pas plus qu'en Europe contredites par des faits réels d'importation.

MÉLANGES ET FAITS DIVERS.

Corps de santé militaire.— Par décret en date du 5 juillet, ont été promus:

Au grade de médecin principal de 2e classe: M. Boulongne.

Au grade de médecin-major de 1re classe: MM. Maratray, Mennehand.

Au grade de médecin-major de 2e clase : MM. Bonnefoy, Clos, Guieu.

Au grade de médecin-major de 1re classe : M. Gaubert.

Au grade de pharmacien principal de 1re classe: M. Leprieur.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe: M. Jaillard.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Puig.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Moissonnier.

Grand prix de médecine et chirurgie (Académie des sciences). Question proposée pour 1866, remise à 1869, à 1872 et enfin à 1875.

De l'application de l'électricité à la thérapeutique.

Les concurrents devaient :

1° Indiquer les appareils électriques employés, décrire leur mode d'application et leurs effets physiologiques ;

2° Rassembler et discuter les faits publiés sur l'application de l'électricité au traitement des maladies, et en particulier au traitement des affections des systèmes nerveux, musculaire vasculaire et lymphatique ; vérifier et compléter par de nouvelles études les résultats de ces observations, et déterminer les cas dans lesquels il convient de recourir, soit à l'action des courants intermittents, soit à l'action des courants continus.

Dans un rapport où elle a exposé les motifs de son jugement, la commission n'ayant pas pensé qu'il y eût lieu à décerner ce prix a proposé de proroger le concours à l'année 1875. Ces conclusions ont été adoptées par l'Académie.

Le prix sera de la somme de *cinq mille francs*.

Les ouvrages écrits en français, ont dû parvenir au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1875.

Société de statistique de Londres. — M. Darwin expose le résultat de ses recherches sur les *mariages consanguins*. Les mariages entre cousins germains existent dans la proportion suivante: dans la population urbaine, 2 p. c.; dans les populations rurales, 2 1/2 p. c.; chez les bourgeois, propriétaires, 3 1/2 p. c.; dans l'aristocratie, 4 1/2 p. c.

Voici les conclusions de M. Darwin :

1° La consanguinité des parents est souvent nuisible à la descendance ;

2° Les effets nuisibles de cette consanguinité peuvent se montrer chez les enfants ;

3° L'idiotie et l'imbécillité sont les manifestations le plus souvent observées;

4° La fréquence des mariages consanguins explique, en Ecosse, la fréquence de l'idiotie.

Néanmoins, l'on a plutôt exagéré le danger des mariages consanguins.

Curiosité de la végétation. — La plante, comme l'homme, subit l'influence des changements considérables qui se produisent dans le milieu ou les conditions de son existence ; mais elle n'a pas la ressource que nous possédons souvent, d'empêcher ces changements ou de balancer leur effet par d'autres modifications. C'est ainsi que cette année, — la remarque est de M. E. Robert, — comme les saisons ont été très-sèches, et qu'il y a eu très-peu de pluies depuis le mois de janvier jusqu'à la fin d'avril, la physionomie de la végétation a changé d'aspect. Cette grande sécheresse a arrêté presque complétement la pousse des cryptogames; ils ont presque tous disparu du sol. Sur les

arbres aussi, la mousse et le lichen ont diminué dans une forte proportion. L'activité végétale, qui était ainsi détournée de son but par ces plantes parasites, est retournée contribuer à la végétation des espèces utiles.

Phénomène dentaire. — Un fait assez rare vient de se produire à Louhans (Saône-et-Loire). Une petite fille d'un mois et demi a déjà huit dents. Elle en avait deux en venant au monde; les molaires sont sur le point de percer.

La fécondité relative des mariages en Europe. — La moyenne du nombre d'enfants par mariage va de 4,73 à 3 07; la Russie tient la tête avec le chiffre de 4,73; la France a la dernière place avec celui de 3,07. L'échelle de la fécondité est la suivante : Russie Espagne, Écosse, Irlande, Italie, Hongrie, Norwége, Suède, Wurtemberg, Prusse, Hollande, Autriche, Belgique, Angleterre, Saxe, Danemark, Bavière, France.

La raison de la faible augmentation de la population française ne doit être cherchée ni dans l'époque des mariages, ni dans leur nombre, ni dans la mortalité des enfants ou des adultes : elle n'est absolument que dans la fécondité limitée (et *volontaire*) des mariages. (*Le Temps.*)

Les caves de Berne. — A Berne existe un grand souterrain en pierres voûtées et soutenues par des piliers. Dans cette excavation, avant la révolution helvétique, se logaient les nombreux tonneaux de vin provenant des cens et des dîmes, lesquels cens et dîmes constituaient l'une des plus grandes ressources de l'État de Berne. En 1783, on y déposa 600,000 pots de vin égaux à la capacité de 120.000 bouteilles. Chaque pot valait alors un kreutzer ou moins de deux centimes le pot.

Cette grande cave est aujourd'hui planchéiée, et les tonneaux sont peints et vernis. Le gaz fait briller les écussons des 22 cantons appendus aux piliers.

La cave est toujours ouverte. Les jours de foire on y circule à foule pressée, et cette foule boit, cause, chante et rit à qui mieux mieux en trinquant à la prospérité de la République Suisse et de ses alliés.

Des tonnes colossales sont rangées en bel ordre. Sur elles, une plate-forme, une table et des chaises pour dix buveurs, avec escalier commode et parapet.

Une tonne contient 25.000 pots fédéraux; une autre 15.000 pots: cette dernière est un don fait à Berne en 1717 par la ville de Bürgdorf.

Le plus grand tonneau contient 31.000 pots fédéraux. Il fut construit pour sa cave, en 1829, par un tonnelier fameux, maître Shœrer.

Le plus grand tonneau de la Suisse est celui de la propriété Reignier, près de St-Blaise. Il contient 60.000 litres et provient de l'ancien couvent de Ste-Ursanne. Douves en chêne taillées à la hache de cinq pouces d'épaisseur. Quatre douves suffisent à la charge d'un cheval. Un Bacchus sculpté est à cheval sur son vaste robinet. Il n'a jamais été plein depuis 1847. Est-ce le rival du tonneau de Heidelberg?

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — *Du* 23 *au* 30 *juillet* on a constaté 807 décès, savoir : variole, 9; rougeole, 24; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 18; érysipèle, 3; bronchite aiguë, 13; pneumonie, 25; dysentérie, 2; diarrhée cholériforme des enfants, 34; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 12; croup, 10; affections puerpérales, 7; autres affections aiguës, 237; affections chroniques, 347 (dont 137 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 36; causes accidentelles, 27.

Du 30 *juillet au* 5 *août* 865 décès ainsi répartis : variole, 6; rougeole, 18; scarlatine, 6; fièvre typhoïde, 11; érysipèle 6; bronchite aiguë, 22; pneumonie, 35; dysentérie, 0; diarrhée cholériforme des enfants, 47; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 10; croup, 16; affections puerpérales, 6; affections aiguës, 275; affections chroniques, 352 (dont 137 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 32; causes accidentelles, 23.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

—

H. Lauwereyns, libraire, rue Casimir-Delavigne, 2.

Manuel de diagnostic médical, guide de l'étudiant en médecine et du praticien, par S. Fenwick, médecin de London-Hospital, membre du collége royal des médecins d'Angleterre. — Ouvrage traduit sur la troisième édition anglaise, et annoté avec l'autorisation de l'auteur, par Ossian G. Edwards, Edgard Lacroix et Jules Germain, avec 110 figures intercalées dans le texte. Prix : 5 fr.

Eléments d'urologie ou Analyse des urines, des dépôts et calculs urinaires, par A. Rabuteau, Dr en médecine, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, lauréat de l'Institut de France (Prix de thérapeutique) membre de la Société de biologie. Ouvrage contenant 35 gravures intercalées dans le texte. Prix: 4 fr.

—

Nouveau traitement des névroses et en particulier de l'épilepsie (dragées arsénio-bromurées, à la picrotoxine, par le Dr Gélineau d'Aigrefeuille d'Aunis (Charente-Infre). In-12. Prix : 0.50, chez l'auteur.

—

Adrien Delahaye, éditeur.

Code du médecin, recueil complet de la législation et de la jurisprudence sur la profession, comprenant le service de santé de l'armée et de la marine, par A. Parrot-Larivière, avocat. 1 vol. in-32, 5 fr.

Bains de mer des côtes de l'Océan, Biarritz, Arcachon et Royan, leurs avantages respectifs, par le Dr Guillon. In-8° avec planches, 4 fr.

De la mamelle et de l'allaitement, par Mme M. Brès, Docteur en médecine. In-8° avec 4 planches, 4 fr.

Des manifestations syphilitiques chez la femme enceinte et les nouvelles accouchées, par le Dr Y. Moret. In-8°, 2 fr. 50.

Des progrès que l'histologie a fait faire au diagnostic des tumeurs, par le Dr Pénières. In-8°, 2 fr. 50.

De la torsion des artères, par le Dr Magon. In-8°, 1 fr. 50.

De la dengue (fièvre éruptive des pays chauds) et de sa distribution géographique, par le Dr Morice. In-8°, 1 fr. 50.

De la glycosurie dans le cas d'obstruction totale ou partielle de la veine porte (glycosurie alimentaire de Cl. Bernard), par le Dr L. Couturier. In-8°, 1 fr. 50.

Contribution à l'étude des lésions syphilitiques des artères cérébrales, par le Dr Rabot. In-8°, 1 fr. 50.

Etude critique sur les divers modes de traitement du rhumatisme noueux, par le Dr Lupus. In-8°, 1 fr. 50.

Du bruit de souffle mitral dans l'ictère, par le Dr. L. Gangolphe. In-8°, 1 fr. 25.

Opération et guérison d'un kyste hydatique suppuré du foie, par le Dr Lajoux. In-8°, 1 fr.

VARIETES.

La médecine en France, en Angleterre, en Chine et en Amérique.

Le sage seul sait se contenter de la position que la Providence lui a réservée. Le médecin, de tous les hommes peut-être, est celui qui s'applaudit le moins de sa

destinée. Certes, les disciples d'Esculape n'ont pas toujours un lit de roses, pour se reposer des dures fatigues professionnelles. Mais, nous le maintenons, entre toutes les carrières libérales, la médecine est peut-être celle qui, dans nos heureuses contrées, réserve les plus enviables faveurs à ses adeptes.

Comme on le voit, nous faisons ici une réserve. Il est, en effet, sous la voûte des cieux, bien des pays où les enfants d'Hippocrate sont loin d'être aussi bien partagés que nous.

Il est dans nos habitudes de nous plaindre sans cesse de tout et de chacun. A envisager froidement les choses, en somme, avons-nous raison?

A peine avons-nous quitté les bancs de l'école, que nous pouvons, du jour au lendemain, nous faire une position indépendante. Le tout, c'est de savoir choisir avec discernement une bonne localité, pour y planter sûrement notre tente.

Notre diplôme nous assure aussitôt une juste considération, une existence honorable et indépendante. Car, dépendre un peu de tout le monde, c'est ne dépendre de personne.

Jetons les yeux autour de nous, et voyons combien différente est la situation faite à nos compagnons d'études, qui ont fait choix d'une autre profession.

Ils sont entrés dans telle ou telle administration, dans la carrière des armes. Durant de longues années, souvent, l'État parcimonieux leur octroie des appointements à peine suffisants pour subvenir aux plus pressants besoins. Pendant tout le cours de leur existence officielle, ils sont livrés aux caprices, à la merci de leurs supérieurs. Quelques-uns, il est vrai, arrivent à de hauts emplois. Mais, c'est le cas de le répéter : *quam rari apparent nantes!...*

A ce titre-là, du reste, que nous reste-t-il encore à envier à ces enfants favorisés de la fortune? Le Pactole ne roule-t-il pas aussi ses flots d'or aux pieds d'un grand nombre des nôtres?

Nous le savons bien, même dans nos climats bénis du ciel, tout n'est pas toujours pour le mieux, pour nous, dans le meilleur des mondes. Le public sait user de nous avec une libéralité sans égale. La reconnaissance est loin d'être son fort. La mémoire du cœur est, pour lui, trop souvent lettre morte. Après tout, il faut bien en prendre son parti. L'homme n'est pas parfait! C'est à nous de nous y faire, de nous envelopper, comme le sage, dans le manteau de notre philosophie, et d'accepter les gens tels qu'ils sont, avec leurs défauts et leurs qualités. A tout prendre, soyons-en convaincus, quoiqu'on ait pu avancer le contraire, il y a, dans l'humaine espèce, plus de bien que de mal.

Sachons donc établir une juste balance, et la saine raison nous dira que dans notre chère France, le médecin, somme toute, est plus favorisé du ciel que la plupart de ses anciens condisciples, qui ont fait choix d'une autre carrière.

Nous ne prétendons pas que de rudes cailloux ne viennent, de temps à autres, nous blesser les pieds. Mais, quelle est donc la rose qui n'ait aussi ses épines? Il n'est pas de position qui ne donne lieu à des ennuis, à des soucis. La nôtre a bien les siens, mais elle n'expose pas, du moins, à ces revers, à ces catastrophes qui, chaque jour, autour de nous, déterminent l'effondrement des plus insolentes fortunes.

La France, a considérer froidement les choses, est encore un des pays où la profession médicale s'exerce avec le plus d'honneur et les moindres risques.

Nous traitons nos malades de notre mieux : en cas d'insuccès, ce n'est que par une bien rare exception que viendrait, à nos clients, l'idée de nous attaquer en dommages-intérêts.

Chez nos voisins d'outre-Manche, en Amérique, il est loin d'en être ainsi, et nombre de fois des indigents, mal traités à leur gré, ont su extorquer à leur médecin, trop philanthrope pour de tell espèces, des sommes d'argent fabuleuses. Les journaux de médecine pullulent de faits semblables, et l'on n'a pu oublier encore les récents exemples des Drs Davy et Pitman.

Si, encore, des clients pénétrés de reconnaissance, des magistrats intègres, ne s'en prenaient qu'à la bourse du pauvre Esculape! Le mal, pour être grand, serait encore réparable. Mais il est des contrées où le malheureux médecin court encore de bien plus grands dangers. En voici un triple exemple, que nous relevons aux FAITS DIVERS de fraîche date (ce qui est très-flatteur pour notre dignité professionnelle), de deux organes de la presse médicale périodique.

Les honneurs ne sont pas toujours sans danger. Certes, c'est un poste bien digne d'envie, que celui de médecin d'un chef d'État. Mais toute médaille a son *verso*, et, dans certains pays, le péril touche de près à la gloire Il en est ainsi, du moins, dans le Céleste Empire. Que le *fils du ciel* soit bien portant, que son médecin le guérisse d'une gastrite .... ou d'un rhume de cerveau, l'heureux praticien se voit comblé d'honneurs et de richesses. Que le *roi des rois* vienne à payer l'impôt fatal (et la grande muraille de la Chine ne saurait l'en défendre), malheur alors, cent fois malheur au malencontreux praticien. La mort du souverain doit entraîner sa perte. On lui envoie un sabre d'honneur, ce qui veut dire, en bon Chinois, qu'il n'a plus qu'à s'ouvrir le ventre.....

Telle a été la triste destinée du docteur Nonatzen, médecin principal du dernier empereur de Chine, mort, le 12 janvier dernier, de la petite vérole.

Ce terrible exemple devrait éclaircir les rangs des compétiteurs. Mais, nous en sommes convaincu, le nouvel empereur trouvera des Nonatzens à la douzaine, tant notre pauvre espèce a soif d'honneurs et de richesses.

Auri et honorum sacra fames!

Il est à croire, toutefois, que le nouvel a chiâtre ne manquera pas de faire bénéficier son auguste client des bienfaits de la découverte de Jenner.....

Que ces absurdes représailles s'exercent dans le pays du soleil, où l'on nous traite encore de *barbares*, cela se comprend encore eu égard au degré plus que rudimentaire de la civilisation de cette terre promise de l'ignorance et du despotisme. Mais il est des Chinois ailleurs qu'en Chine.

Lisez plutôt cet entrefilet, que nous relevons dans le numéro de mai dernier de l'*Union médicale du Canada*.

« Le Dr E. B. Sparham et W. H. Greaves, de Brockville (Ontario), ont été trouvés coupables du meurtre de Sophie E. Brunham, l'avortement provoqué par le premier, à l'instigation du second, ayant amené la mort. Les malheureux ont été condamnés à être pendus le 23 juin prochain. »

Que dites-vous de cette justice à la Yankee? Heureux pays, où fleurit ce code facile et expéditif des prairies : *œil pour œil, dent pour dent*. C'est la loi du Lynch, qui restera longtemps encore dans l'esprit d'un peuple où, trop souvent, en fait de justice, on ne connaît qu'un argument: le revolver.....

Encore une fois, médecins de ce beau pays de France, cessons de nous apitoyer sur notre sort. Ailleurs, il est vrai, il peut être donné de récolter plus d'or, de pousser plus haut et plus vite sa fortune. Mais nulle part, peut-être, notre noble profession n'est entourée de plus de considération, ne s'exerce avec une plus entière sécurité. Ne soyons donc pas ingrats envers la Providence, et n'oublions pas ce vieux et sage dicton :

Qui va *piano* va *sano*; qui va *sano* va *lontano*. . . . . .

4120 — Dr Gel... à Aig. d'Aun. Etes-vous satisfait? — Impossible de mieux faire.

2498 — Dr Dar. E. à Chav. (S.-et-O.) — Au prochain numéro.

2032 — F. Volp. Ph. (H. Alpes.) — Au prochain numéro.

Toute réclamation doit être accompagnée d'une bande ou du N° de l'abonnement.

Le Rédacteur en chef-gérant.
Dr HAMON DE FRESNAY.

N° 17. — 1er SEPTEMBRE 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

—

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Service de M. le professeur VERNEUIL.
(*Suite.*)

1° Affections de l'appareil digestif.

a ANTHRAX DES LÈVRES. — *Cautérisation au fer rouge.* — M. Verneuil regardant l'anthrax de la face (lèvres, nez, paupières) comme plus grave que celui qu'on observe dans les autres régions du corps, croit qu'il est dangereux, en pareil cas, de se borner à la temporisation. — Tantôt il incise le plus tôt possible, tantôt (et c'est le mode de traitement qu'il préconise surtout) il emploie les *cautérisations énergiques* avec le fer rouge. — Il n'attend pas le développement des accidents généraux, il agit immédiatement.

b FISTULE ANALE. — *Ecrasement linéaire.* — Sans rejeter complétement l'usage de la *ligature élastique* pour les petites fistules à l'anus, il ne regarde pas ce mode de thérapeutique comme supérieur aux autres. — Dans deux cas où il l'a employé, la douleur a été extrêmement vive : dans l'un, la section a nécessité plus de trois jours, et dans le second plus de quatre; c'est donc là un moyen douloureux et qui, surtout chez les personnes nerveuses, impressionnables, peut être la cause d'accidents.

Il y a évidemment des cas dans lesquels la ligature élastique peut convenir, mais il y en a d'autres où elle est contre-indiquée et on ne doit pas la regarder comme méthode générale.

Dans la séance du 14 avril 1875, ce professeur a relaté à la Société de chirurgie un fait où il a failli perdre un malade auquel il avait passé un fil élastique à travers un trajet fistuleux du gros orteil. Tout alla bien d'abord, mais deux jours après, ayant serré un peu plus la ligature, le malade fut pris de frisson et de fièvre intense (40°) avec tous les signes d'une lymphangite, il ne guérit qu'après avoir couru les plus grands dangers pendant plusieurs jours.

Ce n'est donc que pour satisfaire à certaines indications spéciales qu'il emploie la *ligature élastique lente ;* il en est de même de la *section par pression continue et mortification* qui n'agit qu'avec beaucoup de lenteur et en déterminant des douleurs fort vives : cette dernière méthode préconisée par Gerdy n'est du reste applicable que lorsque le trajet fistuleux est assez large pour pouvoir permettre l'introduction du mors épais et dentelé de l'entérotome de Dupuytren qui détermine une mortification linéaire.

Un mode opératoire qu'il n'a pas non plus l'habitude d'employer et qui pourtant nous paraît indiqué dans bien des cas

est le procédé du Dr J. Félix, de Gand, mentionné dans la *Revue de thérapeutique* (15 août 1875) qui consiste à introduire dans le trajet de la fistule un *fil de soie tordue* (soie anglaise) et d'attacher chacune des extrémités de ce fil à une menotte qui permet d'imprimer un mouvement rapide de scie et de traction au fil pour sectionner en quelques minutes toute l'épaisseur du pont fistuleux.

Le moyen dont il se sert de préférence est l'*écrasement linéaire* qui met à l'abri de toute hémorrhagie, termine l'opération en quelques minutes et donne une section avec toute la précision désirable. Voici comment il opère :

Il soumet généralement le malade à certaines préparations d'usage; ainsi l'avant-veille il donne un bain entier; la veille il prescrit un purgatif salin et le matin même du jour de l'opération, un lavement simple est administré. Si on ne peut constater l'orifice interne de la fistule, il crée de toutes pièces cet orifice en perforant la paroi rectale avec une sonde cannelée malléable dont le bec est légèrement recourbé. Il introduit alors par le trajet qui a été ainsi complété, un stylet aiguillé entraînant un fort cordonnet et la chaîne de l'écraseur. — Il fait parcourir environ au pas de vis de la chaîne, 3 tours à la minute tout au plus, c'est-à-dire qu'il agit par conséquent avec beaucoup de lenteur. — Pour une fistule remontant à 8 ou 12 centimètres, il faut donc compter de 8 à 10 minutes; généralement il n'applique pas de mèche et se contente d'un cataplasme tiède maintenu par un bandage en T.

Nous l'avons vu employer à Lariboisière dans le cas de fistules multiples, l'*incision simple*, avec le bistouri ou les ciseaux, suivie de cautérisation par le fer rouge : ce moyen a pour effet non-seulement d'arrêter l'hémorrhagie immédiate, qui est parfois considérable, mais de développer sur la solution de continuité une croûte protectrice empêchant l'absorption des matériaux septiques qui s'écoulent par la voie rectale.

c Imperforation complète de l'anus. — *Entérotomie périnéale. — Résection du coccyx.* — Lorsque le cul-de-sac rectal n'est pas très-éloigné du plancher périnéal, l'opération ne présente en général aucune difficulté très-sérieuse. Il en est tout autrement quand la distance qui sépare les deux ampoules anale et rectale dépasse 2 ou 3 centimètres et s'il existe des adhérences plus ou moins intimes entre le rectum et la face postérieure de la vessie, ce qui rend la mobilisation de l'intestin très-difficile : aussi M. Verneuil, afin de pouvoir parfaire l'opération par le périnée, sans être obligé d'y renoncer, a-t-il préconisé *la résection du coccyx* par laquelle la voie est singulièrement agrandie, et qui permet d'aborder beaucoup plus aisément le rectum qu'il est assez facile de suturer à la peau sans exercer sur lui des tiraillements toujours funestes.

Selon M. Verneuil ce nouveau temps de l'opération n'ajouterait aucun surcroît de danger et doit être effectué dès qu'on éprouve quelque difficulté, soit à trouver l'ampoule, soit à la faire glisser vers la partie inférieure pour la mettre en contact avec la peau. — La manière de procéder est du reste d'une simplicité extrême : à l'aide de 4 coups de ciseaux on sectionne les tissus : 1° jusqu'à la pointe du coccyx; et, 2° et 3° de chaque côté de cet os encore cartilagineux; puis, on ressèque l'os lui-même dans une étendue de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 à partir de sa pointe.

Dans un cas fort remarquable communiqué récemment à la Société de chirurgie (14 juillet 1875) et intitulé : (*Anus imperforé : communication du rectum avec la vessie, opération : méconium solide : mort : autopsie : vice de conformation de l'œsophage qui communique avec la trachée.*), M. Polaillon s'étant trouvé, pendant l'opération de l'atrésie rectale, dans la nécessité de prolonger l'incision périnéale assez loin en arrière, préféra à la résection, c'est-à-dire à la perte de substance d'une partie du coccyx, l'incision longitudinale de cet os, avec des ciseaux.

Enfin chez un enfant de 4 jours, opéré à Cochin, et qui présentait une communication de l'intestin avec les organes urinaires, M. Dépréès n'a ni réséqué le coccyx

comme le veut M. Verneuil, ni sectionné sur la ligne médiane comme l'a fait M. Pollaillon; il a pratiqué simplement une incision sur le bord de cet os, ce qui a agrandi d'une façon suffisante le champ opératoire parfois si restreint quand on n'a pas recours à l'un ou l'autre de ces moyens.

2° Affections du périnée et des organes génitaux.

(Femme.)

a Déchirure du périnée.—*Avivement et sutures sans toucher à la muqueuse rectale.* — Lorsque la déchirure est incomplète, qu'elle est de date récente et n'a pas une étendue trop considérable, il ne pratique pas tout d'abord l'opération, il attend et se contente de maintenir au contact les lèvres de la plaie à l'aide de serres-fines : nous croyons, dans ce cas, que les grosses serres-fines à mors plats et larges recouverts d'amadou de Marc-Duval peuvent trouver leur indication : c'est ainsi que nous les avons employées avec succès chez une dame dont la déchirure, suite d'accouchement, s'était arrêtée en avant de l'anus et était par conséquent incomplète : ces serres-fines, en effet, ne sont pas pourvues de dents, et n'agissant que par simple pression (fort énergique du reste) ne lacèrent pas les tissus et ne produisent pas d'eschares — nous ne savons pas pourquoi vraiment elles ne sont point employées dans les hôpitaux pour la réunion des plaies ou dans le cas de forcipressure.

Dans le cas de *déchirure complète*, il faut recourir évidemment à une restauration, mais nous croyons qu'il faut se garder d'opérer trop tôt, plus on attend, moins la perte de substance à réparer est considérable et on doit laisser la nature diminuer la brèche autant que possible.

M. Verneuil est un de ceux qui ont apporté dans le traitement des déchirures périnéales des modifications du plus haut intérêt. — Appliquant à la périnéoraphie le même principe qui domine dans l'opération de la fistule vésico-vaginale par le procédé américain, il avive obliquement la cloison recto-vaginale *sans intéresser la muqueuse intestinale* toujours moins tolérante que la muqueuse du vagin : cette dernière est également avivée dans l'étendue d'un centimètre à un centimètre et demi environ : il procède ensuite aux sutures métalliques :

1° Une suture entrecoupée pratiquée du côté du vagin en évitant de comprendre la muqueuse du rectum, a pour but de réunir les *bords de la cloison recto-vaginale.*

° *Pour le périnée*, il emploie la suture enchevillée en comprenant une épaisseur de parties molles d'autant plus grande qu'on est plus rapproché de la vulve : c'est là une conduite qu'il suit même pour les plus larges déchirures et il se dispense des incisions lobératrices de Dieffenbach (convexe en dehors et s'arrêtant à un centimètre en avant de l'anus) ou de Jobert (plus étendue, convexe en dehors, dépassant en arrière l'orifice anal) qui ne lui semblent pas avoir une influence bien marquée sur le succès de l'opération.

En 1873, dans la séance du 19 février de la Société de chirurgie, M. Letenneur, de Nantes, communiquait une observation où l'opérateur a suivi cette méthode avec succès et qui a pour titre : (*Déchirure complète du périnée et d'une grande partie de la cloison recto-vaginale. Opération*; *guérison.*)

b. Fistule vésico-vaginale. — *Procédé américain.* — Le *nitrate d'argent*, l'*ammoniaque liquide* ou la *teinture de cantharides* n'ont guère été recommandés que pour les fistules de dimension très-petite et surtout après l'opération de la fistule vésico-vaginale, lorsqu'il reste un pertuis étroit.

Nous nous souvenons avoir vu pendant notre internat, notre maître Michon, en 1861, à l'hôpital de la Pitié, guérir, par l'application successive de tampons de charpie imbibée d'ammoniaque, une fistule vésico-vaginale assez large pour laisser pénétrer la pulpe du doigt : l'occlusion mit plus d'une année à s'effectuer, mais elle fut complète au bout de ce laps de temps.

Si M. Verneuil emploie l'ammoniaque et la cantharide, c'est uniquement dans

les cas de très-petites fistules anciennes ou récentes, dont le trajet est pour ainsi dire *épidermé*.

Il fait également usage de la *teinture d'iode*, mais seulement après l'opération, dans le but de modifier le tissu inodulaire en voie de formation. Or, cette teinture stimule les bourgeons charnus et les vivifie même en modérant la suppuration sans l'arrêter toutefois complétement. Elle favorise, en un mot, dans les cas de retard de la cicatrisation, le réunion secondaire des bords de la fistule opérée.

Une fois l'opération décidée, afin de mettre les tissus dans l'état le plus favorable, il prescrit un bain quotidien pendant quelques jours et des injections d'eau de guimauve; l'avant-veille on administre un purgatif salin et le matin même un lavement émollient.

C'est le procédé américain du Dr Bozeman qu'il préfère pour ce genre de fistule. Il n'adopte pas telle position à l'exclusion de toutes les autres : il choisit successivement, et pendant le cours même de l'opération, celles qui sont en même temps moins fatigantes pour la malade et plus commodes pour le chirurgien (décubitus dorsal, décubitus en pronation, décubitus latéral de Marion Sims).

Dans un Mémoire publié en 1862, dans les *Arch. génér. de médecine*, ce professeur fait observer avec beaucoup de raison que dans le décubitus abdominal, les malades ne s'appuient bientôt plus sur les coudes, comme au début, mais bien sur la partie supéro-antérieure du thorax, puis sur la mâchoire inférieure qu'elles font reposer sur les mains juxtaposées, enfin sur la paroi antérieure de l'abdomen qui vient toucher soit le lit, soit la face antérieure du coussin. Il a remarqué, d'autre part, que lorsque les malades sont placées sur les genoux et les coudes, la fistule devient plus profonde et, par conséquent, moins accessible au chirurgien, parce que l'utérus, en tombant en avant, entraîne avec lui la paroi antérieure du vagin qui se trouve par cela même déplissée. — Spéculum de Sims ou de Bozeman.

Il procède à l'avivement en pratiquant sur la muqueuse vaginale *seule*, à l'aide de la pointe du bistouri, une incision superficielle circulaire, parallèle au bord de l'ouverture et distante de 1 centimètre environ de ce bord ; puis avec le tenaculum et les ciseaux courbes, il excise la muqueuse dans une étendue de 10 à 12 millimètres, de façon à respecter dans cet avivement le petit liséré qui se trouve à la réunion des muqueuses vésicale et vaginale.

On fait donc ainsi un avivement horizontal et non perpendiculaire comme dans les autres procédés anciens ; de plus, en conservant ce liséré, on n'expose pas la fistule (en supposant que l'opération échoue) à augmenter d'étendue. Enfin ce même liséré est un point de repère pour l'entrée et l'émergence du fil.

Les points de suture (fils de soie) varient en nombre suivant l'étendue de la solution de continuité, mais respectent toujours la paroi vésicale. Un intervalle de 5 millimètres environ est laissé entre deux sutures adjacentes et ces dernières sont successivement passées depuis la partie qui se trouve la plus rapprochée de la vulve jusqu'à la partie la plus haute. — Substitution des fils d'argent aux fils de soie. — Plaque de plomb où se trouve une série de trous en nombre double à celui des fils. — Fils passés par les trous : 2 chefs introduits dans un trou de bouton ou dans le *tube de Galli*, en plomb.

Le femme rapportée à son lit doit rester sur le dos, les jambes et les cuisses fléchies et les jarrets reposant sur un coussin. Une sonde en S est maintenue en permanence dans la vessie ; pendant quelques jours on provoque la constipation par l'administration de l'opium et on combat la soif par l'usage de la glace.

Tout récemment (31 mars 1875) M. Verneuil a signalé à la Société de chirurgie, à propos de fistules vésico-vaginales, la possibilité de la *déviation de l'urèthre simulant une oblitération de ce canal chez les femmes affectées de cette lésion*. Ainsi, une malade portant une fistule occupant le bas-fond de la vessie, se présente ; lorsqu'on veut introduire la sonde, un obstacle est perçu à 3 centimètres du méat et il est impossible de la faire pénétrer malgré les

efforts que l'on tente. Avant de ne rien tenter, M. Verneuil fit un dernier essai au moyen d'une petite bougie flexible et la vit, avec étonnement, pénétrer dans la vessie. Cette bougie avait subi une flexion *à angle droit*. Pour corriger cette déviation uréthrale, il suffit d'introduire une sonde de caoutchouc dont les extrémités ramenées au dehors, l'une par l'urèthre, l'autre par le vagin, étaient maintenues accolées.

2° Plaies.

Hémostase par la forcipressure. — M. Verneuil est un des chirurgiens qui ont attiré récemment l'attention sur les moyens capables d'arrêter provisoirement et même d'une façon définitive l'hémorrhagie dans certains cas difficiles et graves où il est impossible d'appliquer la ligature ou de faire la torsion, et cela, *par le séjour prolongé dans la plaie* d'une pince (à mors variant de forme) avec laquelle on saisit le vaisseau d'une façon médiate, c'est-à-dire en comprimant les tissus qui l'entourent. Il a donné à ce procédé le nom de *forcipressure* (forceps, pince, tenaille).

La forcipressure ou plutôt la *forcipression* qui agit absolument comme le feraient les doigts, est une méthode de nécessité dont on retrouve du reste l'indication dans les ouvrages anciens, que nous avons vu employer, depuis quelques années, par bien des chirurgiens, et, entre autres, par M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis, et qui nous paraît, comme le dit M. Verneuil, bien digne d'être vulgarisée. Elle peut surtout rendre de grands services dans le cours de grandes opérations où il faut agir rapidement et où l'application de plusieurs pinces hémostatiques est évidemment plus rapide et aussi sûr que l'emploi de la ligature ; elle permet d'achever l'opération sans être arrêté à chaque instant par l'obligation où l'on est d'apposer un fil à ligature sur le vaisseau. Enfin lors des hémorrhagies qui ont lieu dans la profondeur des cavités (bouche, vagin) et où il est si difficile d'apposer une ligature, elle peut rendre de grands services.

Nous ne saurions mieux faire, du reste, qu'en rapportant textuellement les *conclusions* posées par M. Verneuil dans la séance du 19 mai 1875 de la Société de chirurgie.

« 1° La forcipressure appliquée sur de gros vaisseaux, aux lieu et place de la ligature, a été introduite dans la pratique en 1790, par Desault, elle est donc d'origine essentiellement française.

» 2° Depuis elle a été étudiée, surtout théoriquement, en France, par Percy, Duret, etc., et pratiquée souvent en Italie, par Assolini et ses contemporains. Condamnée injustement et sans motif sérieux, elle a disparu longtemps pour renaître dans ces dernières années, en Angleterre d'abord, puis en France, où elle sera sans doute plus équitablement jugée.

» 3° Elle constitue l'un des deux modes, et, à notre avis, le meilleur de la méthode désignée sous le nom d'aplatissement des artères.

» 4° Pratiquée sur les plus gros vaisseaux, et dans les cas cliniques les plus variés et les plus graves, elle a donné d'assez bons résultats pour être placée parmi les meilleurs moyens d'hémostase définitive. Sur 26 cas, en effet, on relève seulement trois accidents légers, sans insuccès; dans un cas seulement il y eut hémorrhagie secondaire.

» 5° Elle paraît convenir surtout en cas d'anévrysme et d'hémorrhagies consécutives.

» 6° Comme innocuité et efficacité, elle vaut certainement la ligature, si elle ne lui est pas supérieure. Son application est fort aisée, et sa suppression surtout, très-facile. A ce dernier point de vue, elle remplace avec avantage tous les essais de ligature temporaire et amovible.

» 7° On a beaucoup exagéré la gêne qu'elle cause aux patients et les obstacles qu'elle apporte à l'opération. Ces inconvénients d'ailleurs peuvent être passagers, car au bout de 24 heures ou de 48 heures, en moyenne, l'oblitération vasculaire paraît assurée. Plus d'une fois, du reste, les pinces ont été laissées en place jusqu'à chute spontanée, sans déterminer d'accidents notables.

» 8° Les très nombreux instruments

employés peuvent se réduire à deux : 1° les pinces à mors lisses, à action graduelle par l'aplatissement vrai et simple des artères; 2° les pinces à anneaux, à mors dentés, qui aplatissent brusquement le vaisseau, l'obturent du premier coup, et lèsent plus ou moins les tuniques. Ces deux instruments produisent des effets entièrement différents. Par conséquent, chacun d'eux est capable de remplir des indications spéciales. Sauf exception, le second sera préféré parce qu'il se trouve partout et s'applique plus souvent que le premier.

» 9° Je reste convaincu que la forcipressure ne disparaîtra plus de la pratique chirurgicale. »

Dr Gillette.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Quelques applications de la galvanocaustique thermique.

Au mois de juin dernier j'ai fait connaître les principaux appareils employés pour rougir les électrodes dans les opérations faites avec le galvanisme, et j'ai appelé l'attention sur celui qui, par sa simplicité, a le plus contribué à la vulgarisation de cette méthode de traitement. Jusqu'en 1873, la cautérisation galvanique a été faite en Europe seulement par quelques chirurgiens; depuis lors elle tend à prendre de plus en plus d'extension, mais ce qui arrête encore son essor c'est le prix des différents appareils et leur détérioration rapide. Les nouveaux perfectionnements qui seront apportés aux piles et aux différents instruments dont on se sert, permettent d'espérer qu'elle sera employée pour pratiquer un grand nombre d'opérations, dans un avenir peu éloigné.

Je me propose de faire connaître quelques-unes des applications que j'en ai faites, afin d'indiquer aux praticiens les différents manuels opératoires, et de leur faire apprécier les avantages que l'on peut retirer de cette nouvelle méthode de diérèse et d'exérèse.

Prolapsus de la paroi antérieure du vagin; ablation faite avec le sécateur galvanique; guérison.

Mme R... cuisinière, âgée de 36 ans, d'un tempérament lymphatique, a vu ses règles paraître à 14 ans, et depuis lors, elles ont été assez régulières. Mariée à 18 ans, elle a eu cinq enfants et a fait une fausse couche. En 1850 elle perdit sa mère dans un incendie; l'impression et le chagrin qu'elle éprouva dans ce moment arrêtèrent ses règles, qui ne reparurent qu'au bout de dix mois. A cette époque, elle eut la variole dont elle porte les traces. Il y a quatre ans, elle eut sa dernière grossesse qui fut assez pénible et depuis lors elle a souffert d'une métrite interne.

Le 5 février 1869, elle vint me consulter pour des douleurs qu'elle ressentait dans l'abdomen et pour un prolapsus de la paroi antérieure du vagin qui la gênait lorsqu'elle faisait des courses un peu longues. En l'examinant, je constatai l'existence d'une métrite interne avec engorgement du col de l'utérus et un prolapsus de la paroi antérieure du vagin, qui faisait saillie entre les grandes lèvres et que je ne saurais mieux comparer, pour la forme, qu'à un éperon de navire. Il fut convenu que l'on ferait l'ablation du prolapsus vaginal et qu'ensuite on traiterait la métrite interne.

Le 16 février, Mme R... vint chez moi et se plaça sur le fauteuil, comme pour l'examen au spéculum; assisté par le Dr Morpain, je saisis avec une pince à valves plates en buis la portion proéminente du vagin afin de l'isoler des parties voisines et je la confiai à mon confrère, puis je transperçai la base à sa partie moyenne avec un petit trocart courbé auquel je substituai un fil de platine. Je le plaçai dans le sécateur et la section de la moitié antérieure du prolapsus fut opérée au ras de la pince sans écoulement sanguin. La portion postérieure fut sectionnée de la même manière et le prolapsus du vagin enlevé dans la limite fixée d'avance. Je plaçai un bourdonnet de coton sec sur la

plaie pour l'isoler des parties voisines et l'opérée retourna chez elle.

Le bourdonnet de coton fut changé tous les jours.

L'escharre se détacha le 21.

Les 22, 23 et 24 Mme R... eut des taches de sang sur sa chemise.

Le 26 la plaie avait un très-bon aspect et le pus était de bonne nature.

Le 8 les règles parurent à l'époque ordinaire. Je supprimai le pansement avec la ouate de coton.

Le 27 elle était complétement guérie.

L'opérée, qui habitait Belleville, est toujours venue se faire panser chez moi, et elle n'a pas cessé ses occupations habituelles.

Lorsque l'on pratique une opération avec le sécateur galvanique la canule double s'échauffe toujours plus ou moins, et si l'on ne protége pas les parties voisines, on s'expose à les cautériser. Pour me mettre à l'abri de cet accident, j'ai fait faire une pince à valves mobiles en bois, avec laquelle j'isole la tumeur et j'opère en toute sécurité. Les valves étant mobiles, j'en possède de formes différentes, ce qui me permet d'employer celles qui remplissent le mieux le but que je veux atteindre.

Petite lèvre gauche beaucoup plus développée que celle du coté opposé; ablation de la portion saillante avec le sécateur galvanique; guérison.

Mme C..., cuisinière, âgée de 31 ans, d'un tempérament lymphatique, était mariée depuis plusieurs années, mais n'avait jamais eu d'enfants. Au commencement de 1869 elle eut une vaginite qu'elle chercha à guérir avec de fréquentes injections d'eau de son d'abord, et plus tard d'infusion de roses de Provins; n'ayant pu y parvenir, elle vint me consulter au mois de mai de cette année. Lorsque je l'eus guérie de cette affection, elle me demanda s'il ne serait pas possible de faire disparaître la saillie de la petite lèvre gauche, qui la gênait dans les rapports sexuels. Il existait en effet à la partie moyenne une saillie de la dimension et de la forme d'une pièce de deux francs, faisant opercule au-devant de l'orifice vaginal. Il fut convenu que j'en pratiquerais l'ablation.

Le 27 juin en présence de M. le Dr Duval, chirurgien principal de la marine nationale, je fis placer Mme C... sur un fauteuil, comme pour l'examen au spéculum, puis je transperçai la partie saillante au milieu de sa base avec un trocart auquel je substituai un fil de platine. Après avoir placé ce fil dans le sécateur galvanique, j'opérai la section de la moitié inférieure de cet apprendice charnu sans écoulement sanguin. L'autre moitié fut sectionnée de la même manière. Immédiatement après j'appliquai sur la vulve des compresses trempées dans de l'eau froide. Lorsque la cuisson, résultant de la cautérisation fut suffisamment calmée, madame C... retourna chez elle; je lui recommandai de prendre un bain de siége soir et matin.

Pendant quelques jours il y eut de l'œdème de la petite lèvre et quand l'escharre fut détachée, je lui conseillai de lotionner la plaie avec de l'eau phéniquée. A la fin de juillet la plaie était complétement cicatrisée et les deux petites lèvres avaient les mêmes dimensions.

La portion de la petite lèvre gauche qui devait être réséquée, étant très-saillante à l'extérieur, il m'a suffi de faire écarter les parties voisines pour l'opérer sans crainte de les cautériser. J'ai fait, en suivant le même procédé, l'ablation de tumeurs des petites lèvres de nature différente.

Fistule à l'anus complète du côté droit; section du pont charnu faite avec le sécateur galvanique; guérison.

Observation recueillie par le Dr Despaulx-Ader médecin, de la malade.

Mlle H... âgée de 18 ans, d'une constitution très-lymphatique, ayant la taille d'un enfant de 12 ans, me fit appeler au commencement du mois de septembre 1866, pour des douleurs très-vives qu'elle ressentait depuis plusieurs jours à l'orifice anal. Elle se plaignait d'une vive inflammation avec gonflement

au pourtour de l'anus, et d'une difficulté très-grande pour aller à la garde-robe. L'examen me fit reconnaître dans cette région un abcès; que je proposai d'ouvrir immédiatement avec l'instrument tranchant. La jeune malade redoutant beaucoup la douleur de cette opération, la refusa, et je dus me borner à prescrire des bains de siége émollients et des cataplasmes enduits d'un liniment calmant. Deux jours après l'abcès s'ouvrit et se vida peu à peu. Je continuai l'emploi des émollients, je prescrivis un régime convenable, et l'inflammation ayant disparu, il ne resta bientôt plus qu'une fistule complète au côté droit de l'anus.

Mlle H... redoutant toute opération sanglante, je tentai la guérison de cette fistule au moyen des injections iodées. Ce mode de traitement qui m'avait réussi quelquefois dans les fistules peu anciennes, n'amena aucun résultat appréciable, et causa de vives cuissons, par le contact de l'iode sur la muqueuse rectale, malgré le soin que j'apportais à bien boucher l'orifice interne. Je lui conseillai alors de consentir à l'opération au moyen de la galvano-caustique, en lui promettant de lui éviter toute souffrance à l'aide des inhalations de chloroforme. Ce genre d'opération ayant été accepté, je priai M. le Dr Amussat de vouloir bien l'examiner avec moi le 8 novembre, et de décider si l'on pouvait espérer la guérison de cette fistule en employant la galvano-caustique thermique.

Notre confrère explora attentivement le trajet fistuleux, et certain que le mode d'opération auquel j'avais songé, pouvait réussir complétement, il passa dans la fistule un fil double de coton, qui fut laissé en place, et je prescrivis 20 grammes d'huile de ricin pour le lendemain.

Le 10, Mlle H... s'étant mise sur son lit dans une position convenable, je lui fis respirer des vapeurs de chloroforme. Lorsque l'insensibilité fut complète, M. le Dr Amussat substitua au fil de coton, un fil de platine dont il introduisit les deux bouts dans le sécateur galvanique, puis il plaça dans l'anus un gorgeret de bois, afin d'isoler le fil des parties opposées, et me le confia. Mettant alors le sécateur galvanique en rapport avec les réophores d'une pile Grenet, il opéra la section du pont charnu, sans le moindre écoulement de sang.

L'opération terminée, on appliqua sur l'anus des cataplasmes de farine de riz froids d'abord, et plus tard tièdes. Dans la soirée la malade se plaça dans un bain de siége tiède, et prit un potage. Le traitement externe fut suivi pendant deux jours, et on augmenta graduellement l'alimentation.

Le 12, Mlle H... allant très-bien, et n'ayant pas d'inflammation locale, je lui permis de se lever et de n'appliquer les cataplasmes que pendant la nuit. Dans le jour elle se plaça trois fois dans son bain de siége et reprit son alimentation ordinaire.

Le 19 les escharres étant détachées, elle se rendit chez notre confrère qui plaça une petite mèche de charpie dans la plaie, et lui prescrivit de prendre un bain de siége après chaque garde-robe. Ce traitement fut continué jusqu'au 2 janvier 1867 et dans le courant de février elle était guérie.

J'ai trouvé cette jeune fille tellement lymphatique, que j'ai jugé convenable de placer une petite mèche, quoique cette manière de faire fût contraire à mes habitudes ordinaires, qui consistent à ne pas user de mèches, et à ne mettre qu'exceptionnellement un peu de charpie sous les lambeaux de la plaie, quand ils ont un grand développement.

Fistule anale double; sections faites avec le sécateur et l'anse galvaniques; guérison.

Mme L..., née à Juvigny (Manche), âgée de 53 ans, a été réglée à 15 ans et la ménopause a eu lieu il y a quatre ans. D'une forte constitution, elle a toujours été dyspeptique quoique très-sobre; mariée à 26 ans, elle a eu trois enfants dont deux sont vivants. Depuis 1857, époque de sa dernière couche, elle digère plus régulièrement. Elle a eu de temps à autre des congestions hémorrhoïdales avec un écoulement sanguin insignifiant. Il y a trois ans, il lui vint à la marge de l'anus

à un mois de distance, deux abcès qui, quoique largement ouverts par son médecin, restèrent fistuleux. La malade n'y donna plus qu'une attention légère, se bornant à y appliquer de temps à autre des cataplasmes et à prendre quelques bains de siége.

Au mois de décembre 1874, elle vint me consulter sur son affection anale, constituant alors une infirmité désagréable et souvent douloureuse. En l'examinant, je trouvai deux trajets fistuleux ayant le même orifice interne placé entre les sphincters du côté du coccyx; les orifices externes étaient de chaque côté de l'anus à la partie interne et moyenne de chaque fesse, et de plus il existait de chaque côté un décollement de la peau remontant vers le sacrum, à droite, dans une étendue de six centimètres et à gauche de quatre seulement.

Le 27, Mme L... étant placée sur son lit dans la position usitée pour les opérations de ce genre, fut anesthésiée par M. le Dr Jaubert; quand l'insensibilité fut complète j'introduisis dans le trajet fistuleux de droite un fil de platine que je plaçai dans le sécateur, je l'isolai des parties voisines avec un gorgeret en bois que je confiai à un aide, et quand tout fut bien disposé, je fis plonger la pile dans le bain; la section du pont charnu eut lieu sans écoulement sanguin, puis j'opérai de la même manière à gauche, et j'eus ainsi une incision en V. J'introduisis alors dans le décollement de droite un trocart explorateur et je fis au sommet une contre-ouverture, puis je substituai au poinçon un fil de platine et je retirai la canule. Saisissant les chefs du fil métallique avec deux pinces à torsion montées sur les réophores d'une pile chirurgicale, je sectionnai le décollement suivant son plus grand diamètre sans écoulement sanguin; je procédai de la même manière pour le décollement placé sur la fesse gauche. L'opération terminée, je fis appliquer sur la région anale des compresses trempées dans de l'eau froide, et je recommandai de les renouveler souvent. Il fut convenu qu'elles seraient remplacées le soir par des cataplasmes de farine de riz tièdes, que l'on continuerait ensuite jusqu'à nouvel ordre.

Le 1er janvier 1875, je trouvai les escharres en voie d'élimination; la fièvre traumatique durait encore; il y avait 92 pulsations; alimentation légère, cataplasmes et bains de siége.

Le 6 j'appris que les escharres étaient tombées le 3; que depuis lors la malade n'avait plus de fièvre, se levait et mangeait convenablement; les plaies étaient très-belles.

Le 12, Mme L. . vint me voir, je trouvai une vaste plaie ayant la forme d'une M, d'un très-bon aspect. Je lui conseillai de reprendre son genre de vie habituelle et de continuer le même pansement.

Le 20 je touchai les bords de la plaie avec un crayon de nitrate d'argent; linge cératé le jour, cataplasme de riz la nuit.

Le 8 mars je constatai qu'elle était complétement guérie.

Chez la jeune malade qui fait le sujet de la première observation de fistule à l'anus, le pont charnu étant épais et peu profond, je l'ai coupé avec le sécateur galvanique.

Chez Mme L..., j'ai commencé par couper avec le sécateur le double pont anal placé du côté du coccyx et j'ai sectionné les décollements placés sur chaque fesse avec l'anse galvanique.

Lorsque l'on doit diviser des ponts charnus ayant une certaine épaisseur et peu de profondeur, il convient d'employer le sécateur galvanique; quand au contraire il s'agit d'ouvrir un long décollement de la peau ou une fistule profonde, il est préférable de se servir de l'anse galvanique.

Middeldorpf est le premier chirurgien qui ait opéré la fistule à l'anus avec le sécateur galvanique. Il rapporte qu'il cautérisa avec cet instrument une fistule anale incomplète d'un pouce et demi de profondeur après avoir percé l'intestin, et que la guérison fut obtenue en un mois.

Fistule anale; incision avec le bistouri galvanique; guérison.

A la fin du mois de janvier 1875, M. le Dr Collin m'adressa un homme de 25 ans, d'un tempérament très-nerveux,

ayant depuis plusieurs mois une fistule anale fessière gauche complète, de trois centimètres de long environ, dont il désirait vivement être guéri. Il fut convenu que l'opération serait faite sans retard.

Le 1er février, M. A... étant placé sur son lit fut soumis aux inhalations de vapeurs de chloroforme par M. le Dr Bastin; quand l'insensibilité fut complète j'introduisis une large sonde cannelée dans la fistule, et dans l'anus mon spéculum fenêtré en buis que je confiai à M. le Dr Collin. Tout étant ainsi disposé, je fis plonger la pile dans le bain et je sectionnai le pont charnu sans écoulement sanguin avec mon petit bistouri de platine. Les instruments retirés, je fis appliquer sur la région anale des compresses trempées dans de l'eau froide que je recommandai de renouveler fréquemment; elles durent être remplacées la nuit par des cataplasmes de farine de riz.

Le 2 je revis M. A... qui s'était levé pour déjeuner et que je trouvai parfaitement bien. Je l'engageai à continuer les cataplasmes et à appliquer le jour du cérat simple sur l'anus.

Le 5 mon opéré vint me voir et je constatai que les escharres n'étaient pas encore complétement détachées. Il avait repris son genre de vie habituelle. Mêmes pansements.

Le 10 les escharres étaient tombées, la plaie ne laissait rien à désirer. Mêmes pansements.

Le 11 mars la cicatrisation était achevée.

J'ai opéré un certain nombre de trajets fistuleux avec le galvanocautère tranchant et le bistouri galvanique et j'ai obtenu de bons résultats. Dans un cas seulement il est survenu, après l'opération, une perte de sang qui n'a pas eu de suites facheuses pour la malade, et que j'ai attribuée à une cautérisation insuffisante des tissus.

Adénome développé à la partie supérieure de la glande mammaire gauche; ablation au moyen de la galvanocaustique thermique; guérison.

Au mois de janvier 1868, M. le Dr. Lessore m'adressa une demoiselle de 23 ans, portant à la partie supérieure de la glande mammaire gauche, une tumeur oblongue, dure, du volume d'un petit œuf de poule, dans laquelle elle ressentait des douleurs. Après l'avoir examinée avec soin, je pensai qu'il existait là un adénome. Réglée à 14 ans, elle vit dès l'année suivante ses menstrues devenir irrégulières à la suite d'un chagrin assez vif. En 1867 ayant eu le sein gauche fortement comprimé par un meuble, il survint un engorgement de la glande accompagné de douleurs vives et continues. On la traita d'abord au moyen d'emplâtres de ciguë, puis on fit des frictions avec le baume tranquille, sans succès. M. le Dr Lessore, consulté au mois d'octobre, essaya les frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse, les amers, les purgatifs, et voyant qu'il ne réussissait pas, il me l'adressa.

Avant de pratiquer une opération, j'essayai des applications de collodion élastique, puis une compression méthodique de la glande, en administrant l'iodure de potassium à l'intérieur. Ce traitement fait avec soin pendant plus de quatre mois, n'ayant amené aucun changement, je me décidai à enlever la tumeur.

Le 19 mai 1868, Mlle L... étant couchée sur son lit fut soumise aux inhalations de chloroforme par M. le Dr. Brochin; quand l'insensibilité fut complète, je passai une anse de fil de platine au-dessus de la tumeur et la dépassant du coté de la peau. Le fil placé dans le sécateur fut mis en rapport avec une pile chirurgicale et je fis la section des tissus compris dans l'anse sans écoulement sanguin. Je pratiquai une seconde section semblable entre la tumeur et la glande mammaire, puis j'isolai l'adénome avec le doigt, et j'en fis l'ablation à l'aide d'une troisième section.

L'opération terminée, j'étendis une couche de collodion élastique sur la peau autour de la plaie, et je remplis celle-ci de charpie. Une couche de ouate fut placée par-dessus et le tout fut maintenu par un bandage de corps.

La tumeur fendue suivant son grand

diamètre avait tous les caractères d'un adénome.

La fièvre traumatique fut très-légère et le 25 j'enlevai la charpie de la plaie, apres l'avoir fait couvrir, au préalable, d'un cataplasme, afin d'éviter la douleur. La plaie ayant un très-bon aspect dut être recouverte ultérieurement de cataplasmes de farine de riz, de plus je conseillai de donner à l'opérée sa nourriture ordinaire et de la laisser se lever.

Le 8 juin elle vint me voir et je trouvai une plaie du meilleur aspect, dont je cautérisai les bords avec un crayon de nitrate d'argent. Afin de hâter la cicatrisation, je fis panser la plaie avec de la charpie imbibée d'eau-de-vie camphrée étendue d'eau, mais ce pansement étant trop douloureux, je dus revenir aux cataplasmes de farine de riz.

A la fin de juillet, la plaie étant cicatrisée, j'engageai Mlle L... à couvrir le sein d'un appareil protecteur et plus tard comme elle se plaignait de douleurs au-dessous de la cicatrice, alors que le toucher le plus minutieux ne faisait rien constater d'anormal, je lui conseillai d'appliquer un cautère à la jambe, qui a produit une amélioration très-marquée. Elle souffre peu et rarement.

AMUSSAT.

(*A suivre*).

OBSTÉTRIQUE.

Difficulté de la délivrance en rapport avec une rétroversion de l'utérus. — Excellents effets de l'attitude *a tergo*.

L'article de M. le Dr Hamon, inséré dans le n° du 1er avril dernier de la *Revue de thérap.*, relatif à l'avantage de l'attitude *a tergo* pour la pratique de la version, dans les positions dorso-postérieures du fœtus, me remet en mémoire un cas de délivrance, impossible dans l'attitude dorsale, et que j'ai effectuée sans peine, en recourant à l'attitude dont il s'agit, *more ferarum*. Je vais relater ce fait intéressant, avec l'espoir qu'il sera bien accueilli par les lecteurs de cette estimable revue.

Mme Lydie Andrieux, âgée de 42 ans habitant La Jarrie, s'est mariée à vingt ans. 17 mois après, elle accoucha d'une fille avec l'aide de Mme Renaud, sage-femme très-prudente, et comme il n'en existe pas assez. Le travail fut long (18 heures), l'enfant énorme, les douleurs très-grandes, et il survint une hémorrhagie inquiétante dont la durée (44 heures) détermina la sage-femme à appeler le Dr Avrard, de La Rochelle.

Celui-ci commença par administrer l'ergot de seigle et s'occupa de la délivrance; mais aux premières tractions le cordon se brisa. Le médecin dut introduire le bras dans l'utérus à 5 fois différentes pour amener un arrière-faix enchatonné, sans aucun doute. — La convalescence fut prompte, la malade jouissant d'une santé exceptionnelle.

2° Deux ans après, nouvel accouchement. L'enfant se présenta par le siége et le Dr Romieux appelé, se sert des crochets du forceps placés aux aines pour extraire l'enfant. — L'hémorrhagie survint au milieu de l'opération; l'accoucheur fut inondé de sang. — La sortie de l'enfant, mort du reste, ne mit point fin à cette complication; aussi M. Romieux se hâta-t-il de s'occuper de délivrer la femme. — Mais cette fois encore, malgré toutes les précautions, le cordon se rompit: il fallut l'introduction de la main pour avoir le placenta, et l'administration du seigle ergoté pour mettre fin à l'hémorrhagie.

3° 17 mois après, troisième accouchement heureux sous tous les points.

4° Quatre ans après, nouvelle couche aussi heureuse.

5° Deux ans après, blessure et accouchement d'un fœtus de trois mois.

6° Trois ans se passent, et vient alors un autre enfant qui se présente par la tête. — Rien de particulier, seulement perte considérable.

7° Les grossesses multipliées avaient fatigué Mme Andrieux, cela est facile à comprendre, mais elle continuait à être alerte et vive, à s'occuper des soins du ménage et de sa famille, tout en ayant assez souvent des envies d'uriner, des tiraillements au nombril, se dirigeant vers les côtés du bassin; quand elle était grosse,

le ventre se développait en largeur encore plus qu'avant ; elle ressentait une douleur habituelle à l'hypocondre gauche, une assez vive sensibilité en cet endroit, et ne pouvait se coucher de ce côté.

8° Après huit ans d'intervalle, Mme Andrieux devient grosse pour la huitième fois, et est prise de douleurs d'enfantement le 10 août 1874. Elle souffre toute la nuit du 10 au 11. La journée du onze, Mme Renaud constate une présentation O. J. G.; mais malgré tout le courage de la patiente, il y a inertie complète, et la malade réclame de l'aide, Le Dr Richard, appelé, connaissant toutes les difficultés de plusieurs des couches précédentes, croyant en outre qu'un enroulement multiple du cordon autour du cou de l'enfant est la cause des difficultés et de la lenteur de la descente de l'enfant, ne veut point se charger de cette responsabilité et me fait appeler aussi. — Il était minuit, et grand temps, car on ne distinguait plus que faiblement les battements du fœtus.

Mon excellent confrère n'ayant jamais vu appliquer le retroceps, et désirant connaître son mode d'introduction et son mécanisme, je fis prendre à Mme Andrieux, en travers de son lit, la même position que pour l'application du forceps.— Je fis remarquer à mon collègue la facilité extrême d'introduction de l'instrument, son mode de préhension, de traction, et, en moins de temps qu'il ne faut pour l'écrire, j'eus la satisfaction de mettre au monde, avec une seule main, la gauche servant à écarter les grandes lèvres, un magnifique enfant asphyxié, c'est vrai, mais que la flagellation, la respiration artificielle et un bain chaud firent quelques instants après crier comme un beau diable.

Après ce premier résultat heureux, nous revînmes auprès de la malade, et c'est alors qu'elle-même m'avertit que, d'après les événements antérieurs, nous n'étions probablement pas au bout de nos peines, car dans presque tous ses accouchements le cordon s'était rompu.

—J'examinai ce lien, et son peu d'épaisseur, son tissu diaphane, sa maigreur me firent aisément comprendre avec quels ménagements je devais exercer des tractions pour obtenir l'arrière-faix. Celles-ci furent pratiquées suivant toutes les règles classiques, pendant que mon confrère pesait avec les mains sur le fond de l'utérus; mon doigt gauche introduit dans le vagin s'assurait, pendant mes efforts, que la surface du cordon ne s'éraillait pas; mais après une descente de quelques centimètres il y eut un temps d'arret, une résistance insurmontable, et alors le cordon cassa net et brusquement.

Sans m'en tourmenter, la femme étant toujours dans la même position, le dos de la main et de l'avant-bras enduit d'huile, je m'en allai à la recherche du placenta, afin de le saisir et d'en pratiquer au besoin le décollement, quand je me sentis arrêté par un obstacle ; le bout de mes doigts pénétrait bien entre le placenta et l'utérus pour tourner l'obstacle, mais ma main ne pouvait aller plus loin, même en la recourbant ; j'étais arrêté comme par une sorte de plancher.— J'essayai alors, en me mettant à genoux, en baissant la tête et le corps jusque près du plancher, en appliquant mon bras le long du lit, à forcer l'obstacle; vains efforts. — Fatigué moralement et physiquement, je priai M. Richard, la sage-femme, d'essayer à leur tour; ils ne furent pas plus heureux. — Pendant leurs efforts j'avais réfléchi, et soupçonnant un état de rétroversion très-prononcé, de l'utérus, lui faisant d'écrire avec l'extrémité du vagin un coude très-prononcé, je me demandai si la position qu'occupait sur son lit Mme Andrieux, les genoux et le ventre plus élevés que la tête, n'était pas précisément le contraire de celle qui pouvait faciliter la réduction de cet obstacle, le fond de l'utérus plus pesant que le reste du corps devant l'être encore plus par la présence d'un placenta volumineux, et devant être fortement entraîné en bas vers le rectum. Je fis alors descendre ma malade et la plaçai comme un quadrupède, le derrière fortement élevé en l'air, la tête et les coudes reposant sur le plancher. M. Richard à côté et en arrière, et la sage-femme du côté opposé, pressaient les flancs d'arrière en avant et de haut en bas. Ma main courbée put alors sans

trop de difficultés amener au dehors un placenta considérable, dont la venue ne s'accompagna que d'une médiocre hémorragie. Du reste, ce pénible accouchement n'eut aucune suite fâcheuse, seulement je ne crois pas que Mme Andrieux songe à conquérir de nouveaux lauriers.

Dr Gélineau, d'Aigrefeuille-d'Aunis.

Un cas d'hémorrhagie *post partum* traitée sans succès par les injections intra-utérines de perchlorure de fer.

On sait avec quel engouement avait été tout d'abord accueillie en Angleterre, sous le haut patronage de l'illustre Barnes, la méthode des injections intra-utérines, avec une solution de perchlorure de fer, pour combattre les hémorrhagies consécutives à la délivrance. Des faits malheureux, en assez grand nombre, n'ont pas tardé à tempérer cette confiance trop entière *in verba magistri*. Il est vrai que l'accoucheur de Saint-Thomas avait trouvé un argument commode à opposer aux cas malheureux témoignant des dangers de ce nouveau mode de traitement. Il prétendait que l'insuccès ne provenait que de ce que ce dernier avait été trop tardivement mis en usage.

Voici un nouveau cas, emprunté au numéro du 31 juillet dernier de *the Lancet*, qui montre, une fois de plus, que les injections intra-utérines de perchlorure de fer, alors même qu'elles sont le plus largement employées, sont loin de jouir toujours du haut degré d'efficacité que Barnes avait cru pouvoir leur attribuer.

Le Dr Morgan, appelé auprès de Mme D..., n'ayant constaté chez elle que de légères douleurs, l'avait quittée pour répondre à de plus pressants besoins. Au bout de cinq heures, il était appelé en toute hate auprès d'elle. L'enfant avait été expulsé, et la mère baignait dans son sang.

M. Morgan introduisit la main dans l'utérus, et en retira de nombreux caillots sanguins, ainsi qu'une petite partie du placenta, adhérante au fond de l'organe. L'hémorrhagie n'étant pas suspendue, et l'utérus ne se contractant pas, il mêla six onces de teinture faible de perchlorure de fer, dont il pouvait seulement disposer, à une égale quantité d'eau, et injecta le tout dans l'utérus. Au bout de 3 ou 4 minutes, l'hémorrhagie se reproduisit avec la même abondance, la contraction de l'utérus n'ayant été que momentanée. Injection de six onces de la même teinture de fer, non diluée. L'utérus se contracta de nouveau, mais pour quelques instants encore. Pendant ce temps, M. Morgan s'était procuré de la teinture de perchlorure de fer à un titre plus élevé. Il en mêla 3 onces à une égale quantité d'eau, et effectua une troisième injection intra-utérine. L'hémorrhagie ne s'en reproduisit pas moins, et la malade succomba.

Le Dr Morgan fait observer que la prolongation de la vie n'a été due qu'à une large administration de lait et de brandy.

Il ajoute qu'il lui est arrivé assez souvent d'employer le perchlorure de fer; qu'il n'en a jamais employé qu'une once, et que ce moyen avait toujours eu, jusqu'alors, pour effet d'enrayer l'hémorrhagie.

Est-il besoin de le faire observer? L'accoucheur Anglais a commis une grande faute : c'est d'avoir persisté dans l'emploi exclusif d'un moyen dont l'impuissance n'avait pas tardé à lui être démontrée. Pourquoi n'a-t-il pas eu recours, concurremment, à la compression de l'aorte, moyen héroïque qui permet, au moins momentanément, d'apporter une digue au flot hémorrhagique? En pareil cas, quelques minutes de gagnées peuvent assurer le salut d'une malade. Ce temps précieux peut être utilisé, avec fruit, par l'emploi simultané d'autres agents d'hémostase. Comment se fait-il que M. Morgan n'ait pas songé à administrer le seigle ergoté, à recourir aux applications réfrigérantes, à la stimulation du col et du fond de l'utérus? Pour ne pas parler de la faradisation, que l'on n'est pas toujours en de-

meure d'utiliser, tous les moyens qui précèdent sont encore les plus sûrs, et ils présentent un double avantage :

On trouve en tout temps, en tout lieu, sous la main les éléments nécessaires pour les mettre en œuvre, et, considération capitale, ils n'exposent la femme à aucun danger. Dr L. H.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

De l'hémorrhagie par rupture d'une des racines du clitoris pendant le travail de l'accouchement, par le Dr Laroyenne. — La pression de la tête du fœtus dans son passage à travers l'anneau vulvaire peut déterminer en avant sur la vessie et l'urèthre, en arrière sur le périnée et l'orifice anal, de la cystite, une déchirure du périnée, une fissure, etc. Mais il est d'autres lésions plus rares que les précédentes et produites par un mécanisme analogue. L'une d'elles, passée sous silence dans nos traités d'obstétrique, est mentionnée brièvement dans celui de Joulin. On a quelquefois, dit-il, noté la contusion et même la rupture d'une des racines du clitoris. Ce sont précisément les conséquences de cette rupture, dont il ne parle pas, et faciles à pressentir, qu'il me semble utile de rappeler. Scanzoni n'a garde d'omettre que les hémorrhagies de la vulve siégent de préférence à sa partie supérieure, et que souvent elles sont rebelles à l'action des hémostatiques les plus énergiques. Mais la véritable cause de l'accident qu'il constate lui échappe, et il paraît l'attribuer uniquement à la dilatation des vaisseaux de la région. Il n'en est pas de même d'autres observateurs, cités par Schrœder, professeur à Erlangen.

D'après cet auteur, Kloproth, Winkel, Poppel, P. Muller et lui-même ont constaté ces déchirures du tissu caverneux, avec plusieurs cas d'anémie mortelle qui en furent la conséquence. Cette triste perspective vaut bien la peine qu'on s'occupe chez nous de cette lésion. Je l'ai observée six fois, toujours sur des primipares et toujours d'un seul côté, dans deux accouchements terminés naturellement, dans trois à l'aide du forceps, et une fois avec le céphalotribe. Elle est suivie d'une perte de sang qui n'a aucune tendance à s'arrêter spontanément. La contexture érectile du tissu lésé dans une étendue variable explique suffisamment cette particularité qui est le principal objectif de ma communication.

Lorsqu'on est prévenu de la possibilité de cet accident, on peut le voir se produire sous ses yeux, s'il s'agit d'un travail qui nécessite une intervention instrumentale, ou dont la lenteur vous contraint à surveiller de près les derniers temps d'évolution. A ce moment, la circulation rétrograde est entravée par la compression du fœtus sur les vaisseaux de retour, et les corps caverneux tuméfiés sont pressés contre l'arcade pubienne. Bientôt l'un d'eux, distendu et entraîné par la tête qui tend à sortir, se rupture avec la muqueuse qui le recouvre sur un point plus ou moins éloigné ou rapproché du clitoris. Si la muqueuse résistait seule, il pourrait se produire un hématome sous-muqueux ou un thrombus de la vulve ou du vagin. Mais je néglige cette complication que je n'ai pas observée, pour m'en tenir à l'hémorrhagie consécutive à la déchirure du tissu érectile et de la membrane muqueuse sus-jacente. Cette plaie fournit un écoulement en nappe; quelquefois en écartant les parties on la voit darder des jets artériels très-fins. Toujours est-il qu'il faut être prévenu de cette variété d'hémorrhagie pour qu'on puisse en soupçonner et en découvrir la source, sinon elle

sera mise sur le compte de la surface interne de l'utérus ou seulement d'une déchirure de son col, si la rétraction du corps de l'organe est manisfeste. On conçoit combien cette erreur peut être préjudiciable à la nouvelle accouchée dont la perte assez abondante et incessante se perpétue indéfiniment, méconnue et mal interprétée. Il est facile de s'en rendre maître à l'aide d'une pince compressive laissée à demeure, ou de la forcipressure, comme on dirait à la Société de chirurgie. Mon collègue M. Fochier s'est contenté, chez une malade, d'appliquer une serre-fine, moyen dont se loue beaucoup Scanzoni. Je l'enlevai douze heures après son application, sans que le sang ait réapparu. Ainsi, en cette circonstance le diagnostic est le point important, tant sont faciles à remplir les indications pressantes du traitement.

J'ai perdu, à une époque où l'état sanitaire de la Maternité laissait à désirer, une des six accouchées dont je viens de parler. Il ne m'a pas été possible de savoir si la péritonite généralisée, constatée à l'autopsie, était ou non sous la dépendance de la plaie intéressant un tissu si disposé à devenir le point de départ d'accidents septicémiques. Il importe donc, non-seulement de connaître cette source d'hémorrhagie pour la combattre efficacement, mais aussi pour prévenir la lésion qui en est l'origine. Elle résulte surtout, ai-je dit, de la résistance de l'anneau vulvaire, conséquemment les deux petites incisions latérales de P. Dubois, dont le but, en agrandissant cet orifice, est de ménager la commissure périnéale, auront pour effet de prévenir la déchirure de la commissure pubienne si on a des motifs de l'appréhender. Ces incisions, portant sur des tissus relativement peu vasculaires, exposeront moins à une effusion de sang abondante, et moins aussi à des accidents infectieux. (*Lyon médical*).

Nouveau mode ou traitement curatif externe et sans mercure de la syphilis.

« Multa renascentur quæ jam cecidere, cadent que »

A quel chapitre de l'histoire de la thérapeutique cette sentence du poëte s'adresserait-elle donc plus justement qu'à la lutte éternisée, il y aura quatre siècles bientôt, entre les méthodes simple et spécifique du traitement de la syphilis? Préconisée par Gaspard Torella et Béranger de Carpi, lors de l'explosion de l'épidémie de Naples, condamnée plus tard par Hernandez et Perylhe, stigmatisée par Broussais et ses enthousiastes lieutenants Devergie, Desruelles, Richond; réhabilitée avec éclat par Gibert, Cazenave, Ricord, Bégin, Vidal de Cassis, tout dernièrement par A. Bertherand, dans la 2e édition du *Précis des Maladies vénériennes*, à l'heure même où la Société de chirurgie de Paris entendait foudroyer de nouveau le mercure, par la parole ardente de M. Desprez, la médication hydrargyrique ne saurait prétendre encore aux quiétudes d'une victoire définitivement conquise. Sans doute, il me siérait mal d'apporter, à cette place, une incompétente disquisition, contre le plaidoyer si convaincu, si logiquement déduit du fondateur de ce journal. Reporteur désintéressé, m'abritant sous l'invocation de la haute impartialité personnelle qui préside à cette publicité, pourquoi ne mentionnerais-je pas, parmi les brochures dont j'ai à résumer l'envoi, la Note que me fournit M. Fabre-Volpelière sur le mode curatif externe et sans mercure, qu'il a institué il y a quinze ans? Les *Comptes rendus de l'Institut* (séance du 4 janvier 1875) enregistrent les nouvelles expériences du Dr J. Hermann, de Vienne, démontrant que la syphilis est une maladie locale, que l'usage du mercure doit être proscrit de son traitement, que ce métal est la cause unique des accidents consécutifs, des récidives et finalement de la mortalité ? » Je ne juge pas, je raconte. Aux docteurs de l'art à prononcer; aux malades guéris par le *topique Fabre-Volpelière*, et l'inventeur les dit nombreux, à proclamer son efficacité. Faute de connaître sa composition, il me serait difficile, à coup sûr, de chercher à pénétrer le secret de la puissance qu'on lui prête et ses moyens d'action, fondés sur le nombre et l'activité des organes d'absorption auxquels il s'applique. Cir-

conscrit aux manifestations locales, les expérimentateurs lui attribuent une vertu maturative, cicatrisante, détersive des surfaces, que le virus a ulcérées : chancres, bubons suppurés, pustules, dartres humides, etc. Or, si ces manifestations, ordinairement tenaces, rebelles, considérées comme l'expression d'un principe virulent interne, se modifient et disparaissent sous l'influence d'une thérapeutique locale, n'est-on pas autorisé à concéder à celles-ci une force de pénétration, qui fait arriver, au sein de l'économie, l'agent neutralisateur du virus?

(*Gazette médicale de l'Algérie*).

Mort imminente pendant l'administration de l'éther. — Le Dr Fréd. Haynes, de Leamington, nous fait la communication suivante :

Il y a quelques mois un malade auquel j'avais fait respirer de l'éther a vu la mort de bien près. L'éther employé était du pur éther sulfurique. Il s'agissait d'une jeune fille âgée de 14 ans. L'anesthésique était administré pour la pratique d'une opération en rapport avec la nécrose du tibia. Le médicament avait été versé sur une éponge, préalablement trempée dans de l'eau chaude, puis exprimée, et placée dans un cône de cuir. Je donnai aussi peu d'air que possible, pendant le premier temps de l'inhalation. La malade avait été sous l'influence de l'éther environ deux minutes, lorsque la face vint à bleuir, et les mâchoires à se resserrer spasmodiquement. Le pouls, en même temps, disparut à la radiale. Aussitôt tous mes aides furent mis en réquisition.

La langue fut retirée de la bouche, et la malade fut vivement tournée sur son côté gauche, pour mettre en pratique la méthode de la respiration artificielle. Elle ouvre la bouche, pour exécuter quelques inspirations, vomit, et revient enfin à elle.

Je rapporte ce cas, qui établit que l'éther n'est pas sans danger, nonobstant son état de pureté. Il ma été donné d'administrer fréquemment le chloroforme, assez souvent aussi l'éther. Je n'ai jamais rencontré un cas qui m'ait plongé dans une telle anxiété. Le patient était anesthésie, et prêt à subir l'opération au bout de deux minutes. (Traduit du *British, médical Journal*.)

Conduite à tenir dans les accouchements difficiles des fœtus morts, par Hein. — Deux genres de difficultés peuvent se présenter dans l'accouchement de fœtus morts : d'abord l'état de décomposition du fœtus peut mettre obstacle aux manœuvres obstétricales et rendre fort difficiles soit la version manuelle, soit l'application du forceps ou du céphalotribe. Ensuite, il arrive fréquemment que la matrice soit affectée consécutivement et réclame, de la part de l'accoucheur, les plus grands ménagements.

Aussi lorsque l'accouchement d'un fœtus mort ne se fait pas spontanément, l'auteur conseille de réveiller les contractions utérines, non par l'administration de l'ergot de seigle, impuissant en pareil cas, mais en appliquant un instrument analogue au dilatateur de Tarnier et connu en Allemagne sous le nom de *kolpeurynther* (1). Il cite à l'appui de sa façon de voir deux observations personnelles où cette pratique a été suivie de succès.

Dans la première observation, on avait essayé en vain de pratiquer la version pour amener un fœtus mort depuis une quinzaine de jours, l'application du *kolpeurynther* suffit pour ramener de fortes douleurs et l'accouchement se fit alors spontanément. La femme, qui était de faible constitution, guérit au bout de trois semaines, après avoir présenté quelques symptômes légers de paramétrite du côté droit.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un cas analogue : la tête du fœtus mort était tellement ramollie que l'on ne put songer, en l'absence complète de toute douleur utérine, à procéder à l'application du forceps. L'introduction du *kolpeurynther* réveilla les douleurs, et la tête s'étant présentée à la vulve, on ouvrit le crâne par une incision cruciale et l'on enleva la substance cérébrale à l'aide d'injections d'eau

(1) Pessaire à air en caoutchouc vulcanisé (note de la rédaction).

tiède. L'accouchement se termina heureusement pour la mère.

(*Archives belges de thérapeutique.*)

Du traitement de l'empyème chez les enfants, par le Dr W.-S. Playfair (*Transactions of the obstetrical Society of London.* Vol. XIV for the year 1872. London, 1873, p. 4-18). L'auteur résout par l'affirmative la question de savoir s'il faut opérer l'empyème chez les enfants, donnant pour cela la préférence aux méthodes qui, tout en évacuant complétement le pus, garantit complétement contre l'introduction de l'air. Le drainage de Chassaignac est une méthode très-bonne, mais elle ne remplit pas du tout cette dernière indication, ce qui prolonge la convalescence et procure une difformité notable du thorax. Aussi l'auteur, basé sur son expérience et sur celle d'autres médecins, recommande-t-il le drainage sous l'eau, et cela au moyen d'un appareil si simple et si peu coûteux, que chacun peut facilement se le procurer : en effet, il suffit d'un tube à drain ordinaire, long de 6 pouces environ, d'un tuyau de caoutchouc ordinaire, long de 6 pieds, réunis l'un à l'autre par un tube de verre long d'un pouce. Après s'être assuré, au moyen d'une seringue à injections sous-cutanées de la présence du pus, on plonge dans la poitrine un trocart suffisamment volumineux, et l'on introduit le drain à travers la canule qui est ensuite éloignée, puis l'on met en rapport le drain avec le tuyau de caoutchouc au moyen du tube de verre, et l'on reçoit ainsi le pus dans un vase contenant de l'eau, après avoir fixé convenablement le drain au thorax. Trois enfants traités de cette manière présentèrent de si beaux résultats, qu'elle mérite d'être recommandée.

De l'hydrate de chloral dans la rétention d'urine, par le docteur Tidd, de Milddleport (Ohio). — Il s'agit, dans le cas que rapporte l'auteur, d'une jeune femme qui se disait enceinte de huit mois. Elle se croyait en travail d'enfantement depuis vingt-quatre heures et elle n'avait pas uriné depuis ce temps.

Quand M. Tidd arriva, la vessie énormément distendue faisait une forte saillie au-dessus du pubis et elle tombait d'autre part dans le vagin, de telle sorte qu'il était impossible d'atteindre avec le doigt le col de l'utérus. Les organes génitaux externes étaient très-tuméfiés et la malade souffrait beaucoup.

L'auteur chercha à pratiquer le cathétérisme; mais le gonflement et la déviation de l'urèthre ne permirent ni l'introduction du cathéter ordinaire de trousse, ni celle de la petite sonde n° 1 de l'échelle. Comme la malade souffrait de plus en plus, il donna de la morphine et proposa de pratiquer la ponction de la vessie pour éviter une rupture qui était à craindre. Le mari s'étant énergiquement opposé à cette opération, M. Tidd eut l'idée de recourir à l'hydrate de chloral que Curtis Smith avait déjà employé avec succès dans un cas grave de rétention d'urine. Il prescrivit donc la solution suivante :

Hydrate de chloral . .	8 grammes.
Eau	60 —

à prendre d'abord deux petites cuillerées à soupe, à trente minutes d'intervalle, puis par cuillerée à thé toutes les deux heures.

La malade rendit alors, sans en avoir conscience, une énorme quantité d'urine. L'excrétion commença cinq minutes après la seconde dose de la potion et la vessie se vida complétement. Sept jours après la malade accoucha spontanément d'un enfant vivant et bien portant. La rétention d'urine ne se reproduisit plus.

L'auteur appelle l'attention sur ce fait; c'est, après celui de Smith, le seul exemple de l'emploi de l'hydrate de chloral contre le spasme musculaire qui entraîne la rétention d'urine.

(*Lyon médical.*)

Hématurie. — Bons effets du chloride d'ammonium. — Cette curieuse affection a fait l'objet d'une note récemment communiquée par le Dr Begbie, à la Société médico-chirurg. d'Edimbourg.

Des deux cas observés par ce médecin, l'un présente le plus grand intérêt, au

double point de vue de l'étiologie et du traitement.

Le malade est un homme de lettres, âgé de 25 ans. La couleur foncée de son urine apparut pour la première fois en septembre 1873. Jusqu'alors, il avait toujours joui d'une bonne santé. Nulle cause ne put être assignée à cette affection. Après quelques semaines, elle disparut, pour se reproduire en automne 1874, après une marche de neuf milles, effectuée par une température froide et humide.

L'urine n'était jamais foncée avant onze heures du matin, assurément par suite de l'influence favorable de la chaleur et du repos au lit. Le passage de l'urine sombre était toujours précédé d'une sensation de froid et de malaise.

Cette affection a résisté à l'acide gallique, et à de larges doses de quinine, administrée jusqu'à production des symptômes de chinchonisme.

Après l'insuccès de la quinine, le Dr Begbie ordonna vingt grains de chloride d'ammonium, dissous dans l'eau, trois fois par jour. A partir de ce moment l'urine a cessé d'être sombre. Il est vrai que le temps était devenu beaucoup plus doux. Mais, à deux fois différentes, le médicament ayant été suspendu, la maladie s'était reproduite.

Le Dr Begbie regarde la chaleur comme le remède le plus efficace de cette maladie. La valeur du chloride d'ammonium a besoin d'être confirmée par d'autres cas; mais ses bons effets, dans celui qui précède, sont de nature à justifier son emploi dans les cas analogues. (Traduit de *the Lancet.*)

Cas de monstruosité. — Le Dr Fréd. Wallace montre un fœtus, à la tête duquel était attachée une énorme tumeur fluide, considérée, durant le cours du travail, comme liée à une hydrocéphalie. Un œil faisait défaut; l'autre était à l'état rudimentaire; il n'y avait pas de langue. (*Soc. obst. de Londres.*)

Tumeur calcaire interstitielle faisant obstacle au travail de l'accouchement. — Le Dr Wynen Williams fait voir une pièce pathologique, et relate, ainsi qu'il suit, l'histoire de ce cas particulier.

Appelé en consultation par le Dr Kirby, chez une primipare âgée de 45 ans, il avait trouvé le crâne perforé. Cependant la délivrance n'en était pas moins restée impossible. La céphalotripsie semblait devenue la dernière ressource, lorsqu'une masse dure et mobile fut découverte au sein de l'utérus. Le céphalotribe fut appliqué sur elle, et une portion de cette masse fut violemment projetée hors des organes. Après cette expulsion, le fœtus put être extrait, et, après lui, le reste de la tumeur, qui fut reconnue pour une tumeur calcaire interstitielle. La patiente s'est très-bien rétablie. (*Société obstétricale de Londres*, juin 1875.)

Calculs d'acide oxalique à la suite de l'usage de la rhubarbe, par M. Bidenkap (*Nork Magazin for Laegvident kaben*). — Un vieillard de 70 ans qui prenait depuis 25 ans de la rhubarbe à titre de purgation, vit se produire des calculs d'acide oxalique dans son urine : or, comme la rhubarbe contient beaucoup d'oxalate de chaux, l'auteur est disposé à rapprocher ces deux faits dans le rapport de cause à effet. Un de ses confrères a également observé sur lui même de l'oxalate de chaux à la suite de l'emploi de rhubarbe. M. O. Lind avait aussi en traitement un vieillard de 70 ans, qui produisait de l'oxalate de chaux par les mêmes voies, et qui lui aussi avait employé de la rhubarbe pendant 20 à 30 ans.

Pansements à la terre sèche par le Dr Alexandre Rattray (*the Lancet*). L'auteur fit l'essai de ce genre de pansement dans un cas d'onychie ulcérée du gros orteil qui avait résisté jusqu'alors à tous les traitements employés : la guérison fut rapide. Il en eut aussi d'heureux résultats dans des cas d'ulcères aux pieds, de plaies et de brûlures. Quant au choix de la terre à employer, celle qui contient beaucoup de matières végétales et animales ne vaut

rien; il faut donc exclure la terre foncée des terrains garnis de plantes; la terre argileuse ne convient pas non plus: la meilleurs est une terre siliceuse formée aux dépens de grès en décomposition.

BIBLIOGRAPHIE.

Dans quels cas est-il indiqué de provoquer l'avortement. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par le docteur de Soyre, ancien chef de clinique d'accouchements. Chez Ad. Delahaye. Prix : 4 fr.

La tâche du bibliographe devient agréable, sinon facile, quand elle consiste à rendre compte d'un ouvrage aussi plein d'intérêt que celui dont nous avons en ce moment à donner un aperçu à nos lecteurs. Pour nous, nous l'avons parcouru avec un intérêt soutenu, depuis la première jusqu'à la dernière page. Tous les accoucheurs qui en entreprendront la lecture, nous n'en doutons pas, éprouveront le même attrait.

On trouve dans le livre de M. de Soyre tant de bonnes choses trop peu connues, et qu'il serait bon de signaler à l'attention, qu'une analyse un peu étendue deviendrait nécessaire. Malheureusement, un cadre restreint nous est tracé. Nous nous bornerons donc, bien qu'à regret, à signaler à nos lecteurs quelques-uns des points les plus dignes d'intérêt, que nous relèverons, presque au hasard, dans cet ouvrage.

Un des plus importants chapitres du mémoire de M. de Soyre est celui qu'il consacre à l'avortement provoqué, dans les rétrécissements du bassin.

Pour savoir à partir de quel degré de rétrécissement l'accouchement prématuré est possible, au terme de 7 mois, limite extrême de la viabilité du produit, il importe de connaître aussi exactement que possible le volume de la tête. Les auteurs ne sont pas d'un parfait accord à cet égard. D'après Dubois et Tarnier, le diamètre bi-pariétal de la tête fœtale, à 7 mois, serait de 0,07. Ce chiffre est généralement accepté comme se rapprochant le plus de la vérité. Il faut, en outre, tenir compte de la réductibilité extrême de la tête, à cet âge de la vie, réductibilité qui peut, sans danger, abaisser ce chiffre à 0,065, et même à 0,06. Il suit de là que, pour mettre en pratique l'accouchement au terme de 7 mois, il est bon que le rétrécissement du bassin ne soit guère inférieur à 0,07. Dans quelques cas, on a bien obtenu des enfants vivants et viables, l'angustie pelvienne se trouvant abaissée jusqu'à 0,06 et même 0,055, mais ces cas sont rares, et il ne convient pas de statuer sur des exceptions.

M. de Soyre examine ensuite la conduite qu'il convient de tenir lorsque le diamètre sacro-pubien mesure moins de 0,06. Il envisage les résultats fournis par les trois modes de délivrance utilisés en pareilles circonstances, à savoir : la céphalotripsie, l'opération césarienne et l'avortement provoqué. Les résultats qu'il relève éclaireront suffisamment la religion de tout accoucheur qui n'a pu se former, dans l'espèce, une opinion personnelle.

1° *La céphalotripsie*, applicable au terme de la grossesse à tous les cas où le rétrécissement du bassin mesure moins de 0,065, a été mise en pratique quarante fois à l'hospice des cliniques. A la suite de cette opération, 14 mères ont succombé: soit environ un tiers. La méthode des céphalotripsies repétées sans traction, de M. Pajot, a été, par ce professeur, sept fois mise en usage. Elle n'a donné lieu que deux fois à la mort de la mère. M. Pajot ne reconnaît pour limites de l'application du céphalotribe qu'un rétrécissement de *moins de* 0,027. Dans un cas, il a fait jusqu'à onze broiements, et la femme a guéri. Selon lui, l'expulsion se fait spontanément, d'ordinaire, après la 3e ou la 4e séance.

En prenant la statistique la plus favorable, on trouve encore, par cette méthode, 28,57 cas de mort sur 100, sans aucune compensation du côté de l'enfant.

2° *L'opération césarienne* donne-t-elle lieu à des résultats plus avantageux? Oui et non. Dans les grandes villes, elle en-

traîne presque fatalement la mort de la mère. A la campagne elle réussit souvent. Seutin, Dubois, Depaul, Valette, Kuncke, ont perdu toutes leurs opérées. Pratiquée loin des villes, cette opération a fourni à Hœbeke 11 guérisons sur 16 cas, à Lagemard 6 sur 6, à Decœne 5 sur 6.

Il ne suffit pas encore de ne tenir compte que des dangers de la mère. Il faut considérer aussi les dangers encourus par l'enfant. Des statistiques ont démontré que le tiers de ces derniers succombe, à une époque plus ou moins éloignée de leur naissance. Hubert, de Louvain, a établi une statistique portant sur 127 cas, de laquelle il résulte que l'opération césarienne a pour effet de retrancher du nombre des vivants un peu plus de 58 femmes, pour conserver 33 individus pouvant parvenir à l'âge de la majorité.

Frappés des funestes résultats de la *malaria urbana*, les accoucheurs et les chirurgiens de notre époque ont pris le parti de faire subir à leurs malades les opérations les plus graves en dehors des murs de la capitale. Mais, ainsi que le fait à juste raison remarquer Cazeaux, il ne suffit pas d'envoyer une femme, à la fin de sa grossesse, à quelques lieues de son enceinte. Elle emporte avec elle un état constitutionnel qui ne la met nullement à l'abri du danger. Si l'on veut que cette mesure porte ses fruits, il est indispensable de l'envoyer dans un air pur et revivifiant plusieurs mois à l'avance, pour que son organisme ait le temps de se refondre entièrement. Ce n'est qu'à cette condition que l'habitante des villes parvient à acquérir les avantages qui sont le propre des femmes qui ont toujours vécu à la campagne.

3° Pour ce qui est de *l'accouchement provoqué*, deux opinions contradictoires sont en présence.

L'école de Paris, représentée par Dubois, Velpeau, Chailly, Depaul, Pajot, Jacquemier, Tarnier, adopte sans restriction l'avortement provoqué, dans les bassins ayant moins de 0m 06 d'ouverture. L'école de Strasbourg, au contraire, représentée par Stolz et ses élèves, celle de Montpellier, et M. Villeneuve, de Marseille, considèrant qu'en province les succès de l'opération césarienne ne sont pas absolument rares, repoussent l'avortement provoqué, et se déclarent en faveur de la première opération.

En cas d'incertitude, l'accoucheur, selon nous, doit se mettre à la place du père, du mari, et agir en raison du ce sublime précepte de la religion chrétienne : fais à autrui ainsi que tu voudrais qu'il te fût fait à toi-même.

Quiconque, parmi nous, a une femme, une fille, une sœur, sera-t-il jamais embarrassé, quand il s'agira de le mettre à exécution sur une femme étrangère ?

Nous quittons à regret cet important chapitre, où sont consignées, comme pièces à l'appui, des observations nombreuses et pleines du plus haut intérêt.

Nous ne ferons que mentionner d'autres chapitres non moins intéressants, consacrés aux *bassins ostéomalacique, spondylolisthésique, cyphosique, oblique ovalaire*, aux *angusties par tumeurs osseuses*, aux *obstructions de la cavité pelvienne par des tumeurs de l'utérus, du vagin, des ovaires*, etc. S'il nous fallait consacrer à ces objets si pleins d'intérêt, une mention détaillée, nous dépasserions de beaucoup les modestes limites d'un simple article bibliographique.

M. de Soyre ne consacre pas moins de 25 pages au chapitre consacré aux *vomissements incoërcibles de la grossesse*. Ici, nous avons un reproche à lui adresser. Il nous apprend : que dans les cas où la grossesse continue son cours, on perd la moitié des malades ; que l'avortement spontané donne lieu à une mortalité de 26 0/0 ; que l'avortement provoqué fournit encore 34, 3 décès pour cent : mais il ne fait nulle mention d'un mode de traitement qui semble ouvrir une voie nouvelle à la thérapeutique de ces graves conditions de la gestation. Nous voulons parler de l'excitation, de la dilatation, de la cautérisation du cervix, de l'emploi du simple tampon, modes divers qui, par une action locale, semblent constituer, en pareil cas, un moyen héroïque contre cette redoutable complication de la grossesse. Nos lecteurs doivent avoir présent à la mémoire un

important article sur ce sujet, inséré dans le n° du 1er août dernier de ce recueil. C'est avec regret que nous signalons une aussi grave lacune, dans l'œuvre sérieuse et si savamment élaborée de notre distingué confrère.

Nous recommandons à l'attention deux autres articles fort intéressants et fort bien traités. L'un est consacré à la rétroversion de l'utérus gravide ; l'autre a trait à l'excès de volume de cet organe, par surabondance du liquide amniotique.

Ces deux points sont traités avec un grand intérêt, accru encore par l'exposé d'un certain nombre de faits curieux, qui rendent ces chapitres éminemment pratiques.

Dans les trop courtes pages que l'auteur a consacrées à la *rétroversion de l'utérus gravide*, nous signalerons à l'attention un mode de traitement trop peu connu, et qui peut rendre de signalés services. Nous voulons parler de l'*évacuation du liquide amniotique*, soit par la voie rectale, soit par la voie vaginale, au moyen d'un simple trocart, ou, mieux encore, à l'aide de l'aspirateur profond.

Cette opération, telle qu'on l'a jusqu'ici pratiquée, entraîne nécessairement l'avortement. Nous croyons que, en procédant d'une autre façon, il serait possible de l'éviter.

Lorsque cette opération est pratiquée à temps opportun, elle semble, par elle-même, sans danger. La voie vaginale paraît devoir être préférée. Sur trois cas rapportés par M. de Soyre, deux aboutirent à la guérison. Le troisième eut une solution funeste, non par le fait de la ponction, mais par suite de l'état déplorable de la malade, qui ne fut opérée qu'*in extremis*.

La ponction de l'utérus a été pratiquée un certain nombre de fois, mais huit cas seulement ont été publiés. Sept succès, pour la mère, ont été obtenus. Ajoutons, cependant, que Moreau disait pouvoir rapporter plusieurs cas malheureux. C'est assez dire qu'il faut réserver cette opération pour les cas seuls où les jours de la mère sont gravement menacés. Nous croyons, toutefois, que l'emploi de l'aspirateur profond, permettant de pratiquer, à l'abri du contact de l'air, des ponctions peu abondantes, et réitérées autant qu'il paraît nécessaire, aurait pour avantages d'écarter tout danger, du côté de la mère, et de permettre, souvent aussi, de conserver les jours de l'enfant.

Quelques mots seulement sur l'*excès de volume de l'utérus*.

On sait que la quantité de liquide amniotique ne s'élève guère, d'ordinaire, à plus de 600 à 1,000 gr. Parfois, cependant, les proportions en sont beaucoup plus considérables.

Beaudelocque a rapporté deux cas dans lesquels on évalua dans l'un à 13, dans l'autre à 32 pintes, la quantité de liquide qui s'écoula au moment de la rupture des membranes.

On comprend qu'une telle distension est susceptible d'entraîner, pour la mère, les plus graves conséquences. Si les accidents dyspnéiques, l'œdème des extrémités inférieures, mettent la vie en péril, il faut évacuer le liquide, en tout, ou mieux encore, en partie, si le produit n'a pas encore atteint le terme de la viabilité. Ce serait dans ce dernier cas que l'aspirateur profond pourrait rendre de grands services. Il est à regretter que M. de Soyre n'ait pas même signalé le parti précieux que l'on pourrait retirer de cet instrument.

C'est avec regret que nous devons le faire observer, ce chapitre est traité d'une façon très-incomplète, malgré tout l'intérêt qui s'y rattache.

Nous avons encore une lacune à signaler dans l'œuvre si remarquable, à d'autres titres, de M. de Soyre. Le côté thérapeutique y est trop négligé. Il est vrai que ce supplément de travail n'était pas imposé à l'auteur. C'est avec raison, aussi, qu'il fait lui-même observer que cette matière se trouve incidemment traitée dans les nombreuses observations relatées dans le cours de l'ouvrage. Le *desideratum* que nous signalons n'est pas, pour cela, moins regrettable. Avec un complément de quelques pages, notre distingué confrère eut pu compléter son œuvre. Espérons qu'une nouvelle édition permettra bientôt à M. de Soyre de donner pleine et entière satisfaction à ses lecteurs.

Malgré les regrettables lacunes que nous avons cru devoir signaler, ce mémoire présente un tel intérêt, que nous en recommandons la lecture à tous les accoucheurs. Elle leur apprendra beaucoup de choses qu'ils ignorent, et dont ils pourront tirer un excellent parti dans leur pratique. Dr L. Hamon.

Recherches expérimentales sur le protoxyde d'azote, par le docteur Tony Blanche, chez Ad. Delahaye, libraire. Prix : 2 fr.

Jusque dans ces derniers temps, le gaz hilarant était considéré comme un anesthésique précieux, en raison surtout de son innocuité. Le nombre des cas de morts connus s'accroissant chaque jour, on a dû se livrer à une étude approfondie sur ce agent redoutable. C'est dans une telle vue que le docteur Tony Blanche a entrepris une série de recherches expérimentales, dont nous devons ici nous borner à reproduire les conclusions :

— Du résultat de nos expériences personnelles, nous croyons pouvoir conclure :

1° Le protoxyde d'azote, chimiquement pur, ne peut entretenir la respiration des animaux, non plus que celle des végétaux; la combustion, dans laquelle consiste la respiration, n'est pas assez énergique pour décomposer ce gaz;

2° Respiré pur par les animaux, le protoxyde d'azote est donc un gaz asphyxiant, qui amène la mort en produisant tous les signes généraux de l'asphyxie par strangulation, ou par respiration de gaz inertes (hydrogène, azote);

3° Si le protoxyde d'azote respiré pur produit l'anesthésie, c'est en agissant comme asphyxiant, par suite de privation d'oxygène dans le sang. L'insensibilité ne se montre que lorsqu'il commence à n'y avoir plus dans le sang artériel que 2 à 3 pour 100 d'oxygène. Le sang est alors très-noir.

4° Les animaux, au contraire, peuvent vivre en respirant des atmosphères artificielles de protoxyde d'azote et d'oxygène, dans les proportions des gaz de l'air, le protoxyde d'azote remplaçant l'azote sans présenter des troubles de la sensibilité;

5° Le protoxyde d'azote paraît, cependant, avoir une action mal définie sur le cerveau, se rapprochant, du reste, de celle déterminée par la diminution d'oxygène et n'amenant pas la perte de la sensibilité;

6° Le gaz protoxyde d'azote étant un gaz irrespirable, dont la préparation présente certaines difficultés, ne produisant l'anesthésie que par suite de l'asphyxie qu'il détermine, son emploi ayant causé la mort dans plusieurs cas, nous pensons que son usage devra, sinon être complétement aboli, du moins être fort restreint dans la pratique médicale.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

—

Séance du 3 août 1875. — Présidence de M. Gosselin.

Choléra (discussion). — M. Woillez reproche à M. Jules Guérin d'avoir confondu avec le choléra épidémique une autre maladie distincte et très-nettement caractérisée : le choléra infantile.

Dans un grand nombre de localités, le choléra infantile existait avant l'épidémie de 1873, et il n'y fut pas suivi du choléra vrai. D'ailleurs le choléra infantile règne à peu près toujours pendant la saison chaude, surtout dans le midi de la France, et le choléra épidémique n'en résulte pas.

Pour démontrer la réalité de l'importation par voie de terre, M. Woillez appelle principalement l'attention de l'Académie sur les faits suivants :

L'apparition, signalée à partir du 27 août seulement, du choléra dans des localités environnant le Havre, et qui sont d'autant plus nombreuses qu'on les examine plus près du Havre. Il y a eu 174 décès en plus de ceux constatés dans cette ville pendant cette extension de l'épidémie. — La diminution du nombre des localités atteintes à mesure qu'on s'éloigne des arrondissements du Havre et de Rouen ; dans l'arrondissement d'Yvetot, le plus voisin, on ne compte plus que 47 cas de choléra et 29 morts. Dans celui de Dieppe, plus éloignée, une seule localité atteinte, et seulement 3 malades et 3 morts. — Absence complète de choléra dans l'arrondissement de Neufchâtel, voisin du département de l'Oise, etc., etc.

M. J. Guérin répond qu'il se bornera à rectifier les faits avancés par M. Woillez.

La scission que M. Woillez prétend maintenir entre le choléra épidémique, le choléra nostras, le choléra infantile, la cholérine, n'a pas raison d'être. On n'a pas plus le droit d'écarter arbitrairement un cas de choléra en l'appelant choléra nostras, parce qu'il précède une importation supposée, qu'on n'a le droit de passer sous silence tous les faits contraires à sa théorie.

M. Woillez a eu le tort d'arranger les choses à sa guise; il n'a pas dit un mot des 9 cas de choléra, dont 4 suivis de mort, qui se sont présentés dans le département de la Vienne.

M. Woillez ne parle pas du choléra de Paris, qui débute à Saint-Louis par des cas intérieurs de malades traités depuis longtemps déjà dans cet hôpital.

M. Woillez n'a pas dit un mot non plus d'un cas de choléra antérieur de huit jours à l'importation qu'il admet dans le département de Meurthe-et-Moselle.

Enfin, M. Woillez a beaucoup insisté sur l'absence de toute diarrhée dans le département de Meurthe-et-Moselle; or, il se trouve que des diarrhées attribuées, il est vrai, au curage d'un égout, sont signalées comme ayant régné en mai, juin, juillet, août, dans les diverses communes de ce département.

M. Woillez fait observer que les cas de choléra dont il n'a pas parlé étaient qualifiés de *sporadiques* par les médecins des épidémies.

M. J. Guérin répond que ces cas n'en étaient pas moins du choléra.

M. Piorry ne reconnaît pas un choléra unique, mais *des* choléras. Il pense que l'on confond sous ce nom divers états organopathiques dépendant soit de l'*indiose*, soit de la *septiose*, etc. Il est possible que ce soit la *septiose* qui, dans son union avec l'*indiose*, produit les choléras graves, tandis que l'*indiose* isolée n'amènerait que le choléra. M. Piorry pense que la discussion claire des questions médicales ne peut se passer d'une bonne nomenclature.

Séance du 10 août 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Choléra. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra.

M. Jules Guérin, répondant à M. Woillez, dit qu'il ne veut pas faire dégénérer une aussi haute et aussi importante question que celle de la genèse du choléra en une sorte de duel entre M. le rapporteur et lui. M. Guérin s'est étudié, dans les précédents discours qu'il a prononcés, à montrer que le choléra procède par développements successifs, par phases progressives, depuis la diarrhée prémonitoire jusqu'à l'attaque de choléra complet.

Selon lui, au Havre, à Rouen, à Paris, qui ont été les trois grands centres du choléra de 1873, il a été impossible aux partisans de l'importation de montrer un seul fait authentique qui témoignât en faveur de cette doctrine, tandis qu'il résulte des rapports des médecins des épidémies de ces localités, qu'il existait, antérieurement aux cas de choléra reconnus officiellement comme des exemples de choléra épidémique, une constitution médicale cholérique existant dans chacun de

ces centres et se révélant par des faits de choléra infantile, de cholérine, de choléra nostras développés spontanément dans ces localité, sans qu'il fût possible de suivre sérieusement le fil d'une importation quelconque.

M. Bouillaud déclare qu'il s'est toujours tenu sur la réserve en ce qui concerne la question de la contagion ou de la non-contagion du choléra. Il a invariablement gardé, à cet égard, une neutralité philosophique, et désire rester dans cet état, estimant qu'il n'y a eu jusqu'ici, de part et d'autre, que des affirmations et des négations sans preuve palpable pour ou contre. Ce ne sera que lorsque l'on sera parvenu à mettre le doigt ou l'œil sur le corps du délit, sur une preuve matérielle, sur le *contagium* cholérique, que toute discussion sera supprimée à ce sujet comme pour les questions de contagion de la petite vérole, de la morve, de la syphilis, etc. M. Bouillaud s'étonne que des expériences sérieuses n'aient pas été entreprises sur ce point important.

Quant à la question de la genèse du choléra et aux doctrines antagonistes de l'importation et de la spontanéité. M. Bouillaud se borne à constater que la majorité des médecins et du public en est encore à la doctrine de l'importation, et n'a pas été convaincue par les habiles démonstrations de M. J. Guérin, en dépit de toute l'ardeur et de toute la foi qu'il met à défendre sa doctrine de la spontanéité.

Malgré l'opinion généralement reçue de l'origine du choléra par l'importation, M. Bouillaud dit qu'il n'est pas possible de ne pas être frappé par l'observation de certains cas de choléra dits sporadiques, et qui se sont montrés à diverses reprises avec tous les caractères du choléra épidémique, si bien qu'en temps d'épidémie il n'eût pas été émis un doute sur la nature épidémique de ces cas.

Enfin, M. Bouillaud se déclare très-frappé des faits recueillis par M. Tholozan, et desquels il résulte que des épidémies cholériques dont l'origine première a été due à l'importation peuvent, après leur disparition, reparaître, au bout d'un certain temps, sans importation nouvelle. Ces faits lui semblent être en contradiction avec la théorie absolue de l'importation.

M. Briquet cherche à montrer qu'il n'y a pas contradiction entre ces faits et la doctrine de l'importation. Suivant lui, la réapparition d'une épidémie, après une cessation momentanée, n'est que la continuation de l'importation se faisant par la revivification des germes déposés une première fois et se réveillant après une hibernation plus ou moins longue.

MÉLANGES ET FAITS DIVERS.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 3 août 1875, le Président de la République, vu l'avis du Conseil de l'ordre de la Légion d'honneur, sur le rapport du ministre de la guerre, a promu dans la Légion d'honneur les médecins militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade de commandeur : M. Quesnoy (Ferdinand-Désiré), médecin principal de 1re classe à l'hôtel des Invalides, officier du 18 mai 1855; 36 ans de services, 18 campagnes.

Au grade d'officier : MM. Fretin (Léon-Ferdinand-Isidore), médecin-major de 1re classe au 15e régiment d'artillerie, chevalier du 26 août 1863; 31 ans de services, 9 campagnes. — Buthod (Louis), médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Chambéry, chevalier du 12 août 1864; 30 ans de services, 8 campagnes. — Fontaine (André), pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital de Bordeaux, chevalier du 28 décembre 1867; 29 ans de services, 10 campagnes.

Au grade de chevalier : MM. Porte (Jean-

Charles), médecin-major de 2e classe au 2e régiment d'artillerie; 18 ans de services, 10 campagnes. — Daguenet (Marie-Eugène-Victor-Alexis), médecin-major de 2e classe au 5e régiment d'artillerie; 17 ans de services, 4 campagnes. — Bleicher (Marie-Gustave), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Oran; 20 ans de services, 7 campagnes. — Arnaud (François-Fulgence-Faustin-Fulcran-Fréjus) médecin-major au 1er régiment de spahis; 17 ans de services, 4 campagnes. — Bertelé (Alphonse-Balthazar), médecin-major de 2e classe au 1er régiment de chasseurs d'Afrique; 16 ans de services, 12 campagnes. — Tricot (Marie), pharmacien de 1re classe à l'hôpital maritime de Bayonne; 25 ans de services, 10 campagnes. — Bouillard (Numa-Émile-Alexandre), pharmacien major de 1re classe à l'hôpital d'Amélie-les-Bains; 25 ans de services, 14 campagnes.

Récompenses honorifiques. — Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner des récompenses honorifiques aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1873.

Médaille d'or : M. Rabot, secrétaire du conseil central d'hygiène du département de Seine-et-Oise.

Médailles d'argent : M. Mayet, médecin des hôpitaux de Lyon. — M. le docteur Drouineau, secrétaire du conseil d'hygiène de la Charente-Inférieure. — M. Labiche, membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Louviers. — M. le docteur Evrard, membre du conseil d'hygiène de l'Oise. — M. Martin Barbet, secrétaire général du conseil d'hygiène de la Gironde. — M. Meurein, vice-président du conseil central d'hygiène du Nord. — M Delezenne, membre du conseil central du Nord. — M. Pesier, membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Valenciennes. — M. Pollet, vétérinaire, membre du conseil central du Nord. — M. Taratte, ingénieur des ponts et chaussées, secrétaire du conseil central de l'Isère. — M. Rabotin, membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Fontainebleau. — M. le docteur Remilly, membre du conseil central de Seine-et-Oise. — M. le docteur Perret, membre du conseil d'hygiène d'Ille-et-Vilaine. M. Dubos, secrétaire du conseil central de l'Oise.

La fécondité relative des mariages en Europe. — La moyenne du nombre d'enfants par mariage va de 4,37 à 3,07; la Russie tient la tête avec le chiffre de 4,73; la France a la dernière place avec celui de 3,07. L'échelle de la fécondité est la suivante : Russie, Espagne, Écosse, Irlande, Italie, Hongrie, Norvége, Suède, Wurtemberg, Prusse, Hollande, Autriche, Belgique, Angleterre, Saxe, Danemark, Bavière, France.

La raison de la faible augmentation de la population française ne doit être cherchée ni dans l'époque des mariages, ni dans leur nombre, ni dans la mortalité des enfants ou des adultes : elle n'est absolument que dans la fécondité limitée (et *volontaire*) des mariages.

(*Le Temps.*)

Londres; sa statistique. — Une nouvelle statistique de Londres établit que la métropole anglaise est la plus grande ville du monde; elle a 15 milles de large à Charing-Cross et compte 4 millions d'habitants. Londres contient plus de juifs que toute la Palestine, plus de catholiques romains que Rome même, plus d'Irlandais que Dublin, plus d'Ecossais qu'Edimbourg. Le port de Londres a un mouvement quotidien de 1,000 bâtiments et de 9,000 marins. On y compte une naissance toutes les cinq minutes et une mort toutes les huit minutes. On ouvre en moyenne par année une longueur de 28 milles de rues, on construit 9,000 maisons neuves. Chaque district postal distribue annuellement 238 millions de lettres. Les registres de la police portent les noms de 120,000 criminels habituels dont le nombre augmente tous les ans; plus d'un tiers des crimes du pays se commettent à Londres. Les brasseries et les débits de vin sont si nombreux qu'en

les plaçant l'un à côté de l'autre, on irait de Charing-Cross à Portsmouth; une distance de 73 milles; aussi 38,000 ivrognes sont annuellement traduits devant les magistrats.

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — *Du* 5 *au* 13 *août* on a constaté 827 décès, savoir : variole, 8; rougeole, 14; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 14; érysipèle, 8; bronchite aiguë, 22; pneumonie, 36; dysentérie, 2; diarrhée cholériforme des enfants, 33; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 3; croup, 9; affections puerpérales, 3; autres affections aiguës, 256; affections chroniques, 357 (dont 149 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 37; causes accidentelles, 24.

Du 13 *au* 20 *août* 799 décès ainsi répartis : variole, 3; rougeole, 13; scarlatine, 0; fièvre typhoïde, 13; érysipèle 4; bronchite aiguë, 18; pneumonie, 33; dysentérie, 4; diarrhée cholériforme des enfants, 58; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 16; croup, 18; affections puerpérales, 7; affections aiguës, 279; affections chroniques, 296 (dont 129 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 27; causes accidentelles, 20.

Nécrologie. — Le Dr Desportes, membre de l'Académie de médecine, mort à l'âge de 93 ans.

Le Dr Mazé, médecin en chef des établissements français dans l'Inde, est décédé à Pondichéry.

Le Dr Prévost, décédé à Hazebrouck, à l'âge de 82 ans et 8 mois.

Le Dr Veyne, décédé à Bellevue.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

—

Adrien Delahaye et Cie, éditeurs.

Des synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis et de la blennorrhagie, par le Dr Charles Mauriac. In-8°, 1 fr.

Tableau synoptique des mouvements des yeux, et de leurs anomalies, par le Dr Landolt. 1 fr. 50.

Note sur les inflammations et abcès de la prostate, par le Dr Herni Picard. In-8°, 1 fr. 50.

De l'hémianesthésie saturnine, par le Dr D. Cours. In-8°, 1 fr. 50.

Recherches thérapeutiques sur la cinchonine, par le Dr Paliard. In-8°, 1 fr. 50.

Recherches expérimentales sur le protoxyde d'azote, par le Dr Tony Blanche. In-8°, 2 fr.

Contribution à l'étude des anomalies des cloisons cardiaques, par le Dr Ch. Poché. In-8°, 2 fr.

Des lésions traumatiques du foie, par le Dr. Roustan. In-8°, 3 fr.

Dans quels cas est il permis de provoquer l'avortement? par le Dr de Soyre. In-8°, 4 fr.

De l'urine et de ses altérations pathologiques, étudiées au point de vue de la chimie physiologique et de ses applications au diagnostic et au traitement des maladies générales et locales, leçons professées à University College à Londres, par le Dr Harley, traduites de l'anglais, par le Dr Hahn. 1 vol. in-12 de 473 pages et 35 figures intercalées dans le texte. 6 fr.

Science et miracle, ou la Stigmatisée belge, par le Dr Bourneville. In-8° avec 1 planche, 2 fr. 50.

—

Manuel du rétroceps. Broch. in-8, prix franco, 2 fr. 75.
Au bureau du Journal.

—

J.-B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Histoire abrégée des sondes et des bougies uréthro-vésicales employées jusqu'à ce jour. Description et appréciation pratique de celles qui ont été inventées, modifiées, perfectionnées et rendues inaltérables, par J.-J. Cazenave, médecin à Bordeaux, *avec une planche lithographiée.*

VARIÉTÉS.

Une exposition de cercueils en Angleterre.

Les Anglais sont des gens éminemment pratiques, patients, persévérants, qui savent tourner les difficultés quand ils ne peuvent les emporter de vive force, et qui, en toute chose, aiment mieux toucher des à-compte que de ne rien recevoir du tout. Il faut dire aussi que la constitution anglaise, la tradition politique, les mœurs de leur pays leur garantissent un bien dont la possession est de nature à faire prendre patience aux plus violents : ce bien précieux, c'est la liberté. Avec cela on peut attendre; parce qu'on sait qu'avec le temps on pourra tout obtenir sans révolutions ; et l'on attend ; et, en attendant, on parle, on écrit, et, pour peu qu'on y voie quelque utilité, on se livre aux exhibitions les plus excentriques. Nul n'en est choqué, ni même surpris : c'est la liberté.

Depuis déjà pas mal de temps les esprits éclairés en Angleterre, comme en France, — peut-être plus qu'en France, — sont d'accord, d'une part, sur la révoltante absurdité de ce qu'on a si bien nommé les *pompes funèbres* (c'est un sujet continuel de satires pour les écrivains populaires, Dickens notamment), et d'autre part sur les dangers croissants que les cimetières de nos grandes villes font courrir à la salubrité publique. S'il ne tenait qu'à ces esprits éclairés, le remède le plus radical, la crémation, serait bientôt adopté ; mais l'opinion publique n'en est pas encore là, et l'on ne peut ni ne veut rompre en visière à l'opinion publique. Il y a donc une difficulté à tourner, on la tournera. Pour habituer les gens à l'idée de la destruction rapide des cadavres par le feu, on commencera par les habituer à l'idée d'une destruction des cadavres plus rapide que par le procédé actuel, mais par la terre encore; et comme, grâce à la servilité de l'esprit qui, dans nos vieilles société clérico-monarchiques et particulièrement dans l'aristocratique Albion, est un vice héréditaire, le meilleur moyen de faire accepter une idée, de la mettre à la mode, est de la placer sous le patronage d'un *Lord*, avec la permission de *Sa Grâce* le duc de Sutherland, on exposera dans les jardins de *Stafford House* les cercueils d'un nouveau genre dont on veut introduire l'usage et que l'on soumettra d'abord à la haute appréciation de ce que le beau monde et le monde savant comptent en Angleterre de plus stylé. Les belles dames se rendront à cette exposition, avec leurs enfants, pour lesquels il y aura de jolis petits cercueils peints noir et or, que les mères et les enfants admireront de compagnie et les savants, parmi lesquels le promoteur de cette agitation funéraire, M. Seymour Haden, seront là pour expliquer les grands avantages du nouveau cercueil, le cercueil d'osier ou à claire-voie, sur l'ancien cercueil fermé qui garde indéfiniment sa pourriture au lieu de la laisser se désinfecter promptement par le contact immédiat avec la terre ou avec le charbon qui devra être employé pour les gens morts de maladies contagieuses ; et les journaux illustrés, reproduiront, comme on peut le voir dans le dernier numéro de l'*Illustrated London News*, les nouveaux cercueils; et les Hellénistes prouveront (quelle chance !) que le mot anglais *coffin* (cercueil) étant dérivé du grec κοφινός (panier d'osier), les Anglais sont tenus, par respect pour l'étymologie, de ne plus se faire enterrer que dans des cercueils à claire-voie ; et nous-mêmes, amusés par cette excentricité, nous écrirons sur cette singulière exposition et ferons remarquer que M. Seymour Haden, tout bien considéré, a raison, et que si l'on ne veut pas encore en venir à la crémation, avec autopsie préalable, comme nous l'avons proposé, l'enterrement dans un cercueil à claire-voie ou même dans un simple suaire, vaut mieux que l'enterrement dans un cercueil fermé, qui, en empêchant le contact immédiat du corps avec la terre, retarde la

désinfection et l'empêche même de s'accomplir entièrement.

Les savants anglais soutiennent, et il nous semble absolument impossible de les réfuter, que les cimetières actuels sont des dépôts où l'on garde précieusement, pendant de longues années, toute espèce de germes de maladie et de mort, qui, à la première occasion s'en échappent et sévissent sur les populations urbaines sous forme d'épidémies dont on va chercher bien loin l'origine, mais dont l'origine est à notre porte. En vain les avertissements se succèdent, la paresse d'esprit, la force de l'habitude sont telles que nous persistons stupidement dans des coutumes reconnues mauvaises, mais devenues aussi sacrées pour nous que pour les Indous le char de Juggernaut sous les roues duquel ils se jettent pour se faire écraser, victimes volontaires de l'idole homicide.

Il faudra en venir à ce que, très-sérieusement, propose le *Times* : une société coopérative pour l'application du nouveau système. Cela suppléera aux mesures qu'on aura oublié de prendre, aux dernières volontés qu'on aura oublié d'exprimer ; le fait qu'on appartiendra à cette société, qu'on sera un de ses souscripteurs, devra être regardé comme équivalant à une déclaration formelle qu'on ne veut pas être enterré à l'ancienne mode. Cela aussi remédiera à l'absence de volonté des familles, à leur servile respect des habitudes reçues. Qu'arrive-t-il, en effet, lorsque l'un de nous meurt ? — ou que les parents sont plongés dans une grande affliction, et alors ils ne demandent qu'une chose : qu'on fasse à tout prix le nécessaire et qu'on les laisse à leur douleur ; ou que, moins affligés que pressés de se débarrasser du mort, ils s'inquiètent fort peu de ce qu'on fera, pourvu qu'on fasse les choses *convenablement*, ce qui, dans les deux cas, laisse carte blanche aux entrepreneurs de pompes funèbres. Il est clair que, dans ces conditions, une société qui, parfaitement désintéressée de tout autre souci que de l'intérêt public, interviendrait et se chargerait des dernières mesures à prendre, serait la bienvenue.

Nous faisons des vœux, — et nous espérons bientôt faire autre chose que des vœux, — pour que de pareilles sociétés se forment dans toutes les grandes villes, car c'est là surtout que le problème exige une prompte solution. Toutefois nous devons dire que l'enterrement dans les cercueils à claire-voie, ou même dans un simple suaire ne nous paraît qu'un palliatif, et nous sommes plus que jamais d'avis qu'il en faudra venir à la crémation précédée de l'autopsie, laquelle seule offre à la salubrité publique, à la justice criminelle et à la science médicale, sans parler des intérêts privés, toutes les garanties désirables.

Post-criptum. Cet article était déjà composé lorsque nous avons lu dans le *Rappel* l'entrefilet que voici :

« Il vient de se former à Paris une singulière société qui compte déjà plus de cent membres. Les sociétaires, par une clause spéciale et formelle de leur testament, déclarent qu'ils ne veulent pas être enterrés après leur mort ; ils ordonnent, au contraire, que leurs corps soient livrés aux amphithéâtres pour y être disséqués. Ils prennent cette résolution dans le but de contribuer autant que possible aux progrès de cette science si importante et sans laquelle une étude approfondie de l'art de guérir est impossible. Ils croient aussi faire disparaître par cette résolution les préjugés qui subsistent contre la dissection des cadavres. »

Nous savions qu'il existait déjà une société de ce genre à Zurich ; mais nous comptions bien être les premiers à en organiser une en France. Le *Rappel* nous apprend que cela est déjà fait : *bravo* ! mais que nos amis se contentent de nous avoir damé le pion et qu'ils ne jouent pas avec nous à cache-cache. Après la propagande que nous avons faite pour cette idée, ce serait une mauvaise plaisanterie. Et puis nous ne sommes pas encore trop nombreux pour dédaigner de nous unir.

(*Progrès médical*).

Le Rédacteur en chef-gérant.
Dr Hamon de Fresnay.

N° 18. — 15 SEPTEMBRE 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

—

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

Service de M. le Dr DE ST-GERMAIN.

1° Affections des os et des articulations.

a. **Fracture de cuisse.** — *Appareil de Scultet, appareil inamovible, store, appareil en gutta-percha, suivant l'âge du sujet.* — De toutes les fractures qui s'observent chez les enfants, celles de la cuisse sont de beaucoup les plus fréquentes. La fracture du col est rare : c'est principalement la partie moyenne de la cuisse qui est le siége habituel de la solution de continuité, et d'ordinaire elle se brise par un choc direct, par une chute ; car, ici, la contraction musculaire n'est pas assez puissante pour en être la cause déterminante. En général, il n'existe que peu de déplacement, par les deux raisons que le trait de la fracture est plutôt transversal et dentelé qu'oblique, et que la gaîne périostale est conservée en partie ou en totalité : aussi voyons-nous ces fractures se consolider sans aucune déformation, sans raccourcissement, ce qui est, comme on le sait, l'exception dans l'âge adulte.

Au point de vue de la thérapeutique applicable à ces sortes de fractures, M. de St-Germain divise les enfants en trois catégories principales.

1° Les demi-adultes, c'est-à-dire les enfants de 10 ans et au-dessus.

2° Ceux de 2 à 10 ans.

3° Enfin ceux au-dessous de 2 ans.

Dans le 1er groupe, M. de St-Germain applique le mode de traitement dont il se sert chez l'adulte (appareil de Scultet, appareil plâtré ou silicaté). Il a observé assez souvent, en pareil cas, chez les enfants, ce symptôme ou plutôt cette complication décrite par M. Berger, dans sa thèse inaugurale, je veux parler de l'hydarthrose du genou qui est parfois bien rebelle aux divers moyens employés.

Dans la seconde catégorie (de 2 à 10 ans), l'emploi du *store* (V. Répertoire de la 1er série) pour le traitement de ces fractures chez les enfants, a été en quelque sorte vulgarisé par M. Giraldès. C'est du reste un bon moyen, fort commode, économique et très-efficace; plusieurs compresses longuettes entourant le membre après réduction, on immobilise ce dernier, soit avec deux valves de store, soit avec une longue plaque de même nature qui en fait deux fois le tour : le tout est fixé par une bande silicatée. Toutefois cet appareil est passible de quelques reproches : *si on le serre trop peu,* il se relâche, surtout à cause des mouvements que fait le petit malade, et on finit par le retrouver auprès du pied du lit : le déplacement peut alors se reproduire et le traitement est à recommencer.

Si on le serre trop, il survient des accidents, et la flexion incessante de la jambe (s'il s'agit d'une fracture de cuisse) sur le bord tranchant du store peut déterminer, à la longue, une escharre dans le creux poplité, comme nous en avons vu un cas dans le service de ce chirurgien ; aussi M. de St-Germain a-t-il dû modifier un peu l'ensemble de l'appareil. Il commence par l'appliquer tel qu'il vient d'être décrit, puis il enveloppe la jambe et la cuisse par une épaisse couche de ouate maintenue à l'aide de tours de bande ; il augmente encore l'immobilisation du membre par l'adjonction en dehors de la longue attelle (employée pour la coxalgie), qui longe toute la face externe de la cuisse et remonte au-dessus du bassin : de cette façon, le petit malade, dans l'impossibilité de s'asseoir, ne fléchit ni la jambe, ni la cuisse, et reste couché dans l'immobilité la plus absolue.

Dans le troisième groupe, c'est-à-dire chez les très-jeunes enfants, les appareils précédents ne sont guère commodes à appliquer à cause de la grande difficulté qu'il y a à les maintenir dans un état de propreté suffisant : aussi c'est dans ces cas surtout que *l'appareil en gutta-percha* imaginé par M. Guéniot (V. Répertoire de la 1re série) peut rendre des services.

Quant aux fractures chez les nouveau-nés, une valve de store ou plutôt une simple *carte à jouer* ou *carte de visite*, suffit pour maintenir les fragments en place.

b. Pseudarthrose de la cuisse. — *Galvano-cautère. — Electropuncture.* — M. de St Germain a fait usage avec succès du galvano-cautère et de l'électroponcture. — Dans ce dernier cas il enfonce au centre de la fausse articulation deux aiguilles qu'il fait rougir sur place avec l'une des piles de Gaiffe. Celle qu'il emploie est le plus grand modèle de *batterie au chlorure d'argent*, qui malgré son volume, est encore très-portative : cette batterie comprend 20 à 60 couples qui peuvent marcher très longtemps sans être renouvelées si on a le soin, lorsqu'on ne s'en sert pas, de placer le courant à zéro.

c. Hydarthrose du genou. — *Compression; pointes de feu. — Peu partisan des ponctions aspiratrices.* — Si l'application de la *teinture d'iode*, des *vésicatoires* et de la *compression ouatée* fréquemment renouvelée, est insuffisante, il emploie les *pointes de feu* suivies d'une nouvelle compression ouatée. — Il n'a pas grande confiance dans les ponctions articulaires, même aspiratrices, qu'on a faites en assez grande quantité dans ces derniers temps, depuis qu'il a été obligé de pratiquer une amputation de cuisse pour une arthrite suppurée, survenue dans son service à la suite d'une de ces ponctions pratiquées dans une hydarthrose. Nous sommes, à cet égard, entièrement de son avis, et nous croyons que semblable thérapeutique ne peut s'appliquer que dans le cas où l'épanchement rebelle a résisté à tous les autres moyens et en particulier à la compression répétée et lorsque l'articulation est le siége d'épaississements des membranes, en un mot d'altérations qui autorisent à faire usage de ce moyen, en désespoir de cause. L'exemple, que M. Dubreuil a communiqué, il y a deux ans à la Société de chirurgie n'est pas de nature, en effet, à accorder à ces sortes de ponctions, une innocuité absolue. — Mieux vaut s'abstenir.

d. Déviations du rachis. — *Gymnastique en employant le poids du corps (méthode de M. Dubreuil-Chambardel de Marseille).* — Depuis plus d'une année M. de St-Germain à continué ce mode de traitement (V. Répertoire de la 1re série) applicable à la scoliose, à la cythose, et à la lordose, et qui a pour principe de maintenir le malade couché en travers et latéralement sur les genoux du chirurgien assis, de sorte que toute la partie du corps du malade située au-dessus du fémur soit abandonnée à elle-même et arrive à être verticale, la tête étant la partie la plus déclive : le petit malade garde cette position pendant trois minutes puis il est relevé et placé dans une autre position identique et du coté opposé pour rester encore ainsi pendant le même temps.

M. de St-Germain ne place pas les ma-

lades sur ses genoux; comme il l'a dit lui-même dans la séance du 4 novembre 1874 à la Société de chirurgie, cette pratique a l'inconvénient d'être longue et très-fatigante pour le chirurgien; de plus elle à l'inconvénient de permettre au sujet de prendre un point d'appui en touchant à terre et par conséquent de détruire tout le bénéfice que l'on peut tirer de la *suspension libre de l'avant-train*. Voici le procédé qu'il a substitué à celui de M. Dubreuil (de Marseille). Il dépose sur un lit ordinaire une série de planches juxtaposées qui représentent un plan résistant recouvert d'un petit matelas; il place alors les malades en travers de manière que le bassin porte directement à faux sur le bord du lit et que l'avant-train soit perpendiculairement suspendu. Les deux pieds sont solidement attachés l'un à l'autre au niveau des malléolles: la suspension dure trois minutes puis on retourne le malade de façon à reporter cette suspension de l'autre côté.

C'est surtout sur les *scolioses* qu'il a expérimenté et il a obtenu de très-bons résultats auxquels n'a cependant été étrangère l'application constante d'un corset. Cette méthode est facile et bien supportée par les enfants, mais à la condition qu'on ne l'emploie pas pour les déviations dues au mal de Pott, car dans ce cas elle peut produire des désordres considérables: nous en avons été le témoin chez un des premiers malades mis en expérimentation, au commencement de l'année dernière par M. Dubreuil (de Marseille).

e. Tumeur blanche du genou — *Cautérisations ponctuées.* — C'est à la *compression ouatée* et aux *cautérisations ponctuées* fréquemment répétées, que M. de St-Germain donne la préférence. Il n'emploie plus *l'ignipuncture* depuis que cette méthode a donné lieu, dans un cas, à une hémorragie rebelle; il redresse aussi le genou, quand la déviation est trop forte, par l'extension graduelle.

2° Affections des organes génito-urinaires.

a. Plaie du scrotum. — *S'abstenir de suture.—Applications réfrigérantes.*—Dans ces cas on peut se borner à faire à la partie moyenne de la solution de continuité un seul point de suture plutôt pour s'opposer à l'enroulement des bords que pour espérer une réunion immédiate. Suspension des bourses, compresse *d'eau* où *d'eau alcoolisée* ou *de vin froid alcoolisé*: l'action excitante de l'eau est le plus souvent suffisante pour ramener le testicule à sa place et provoquer la rétraction des parois des bourses. Dans sa première leçon du mois de décembre 1874, ce chirurgien rappelait un cas de cette nature observé par M. Maisonneuve, dans lequel on s'abstint de suture et où un pansement alcoolisé suffit à une prompte guérison.

b. Calcul vésical.—*Lithotritie.—Taille.* —La lithotritie a été employée avec succès chez l'enfant par ce chirurgien, mais un accident qui vient de se produire chez un petit malade de son service auquel il pratiquait cette opération, est de nature à le rendre très-réservé dans l'application de cette méthode : lors d'un premier broiement d'un calcul phosphatique, le bec du lithotriteur trop chargé de poussière ne put être retirer qu'en violentant l'urèthre et par conséquent en produisant une déchirure de la muqueuse; il en résulta un phlegmon très-intense de la région pénienne terminé par gangrène partielle et fistule. L'étroitesse du canal est en effet une des raisons qui font, chez l'enfant, préférer la taille à la lithotritie.

(*A suivre.*)

Dr Gillette.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Quelques applications de la galvanocaustique thermique (1).

Fibrome développé au-dessus de la glande mammaire gauche. Extirpation en employant le bistouri galvanique; guérison.

Mlle H..., âgée de 26 ans, d'un tempérament lympathique, habitant Lonju-

(1) Suite et fin. Voir le précédent numéro.

meau, vint me consulter au commencement du mois de juin 1872 pour une tumeur qu'elle portait à la partie supérieure du sein gauche. En l'examinant je trouvai en effet dans cette région, une tumeur lisse, dure, mobile, du volume d'une petite noix, qui me parut de nature fibreuse. Elle n'y éprouvait pas de douleurs, mais, disait-elle, un sentiment de frémissement. Réglée à 14 ans, la menstruation a été normale pendant six années; elle eut alors la variole, et depuis cette époque le sang est clair et abondant. Le père et la mère sont vivants et bien portants. Craignant que cette tumeur n'augmentât et surtout qu'elle ne prît un mauvais caractère, elle désirait vivement en être débarrassée. Je cherchai à la rassurer à cet égard, et je lui conseillai un sirop à l'iodure de potassium.

Le 23, je me rendis à Lonjumeau pour pratiquer cette opération. Mlle L... étant placée sur un lit peu élevé, fut soumise aux inhalations de vapeur de chloroforme par M. le Dr. Madeline son médecin, et dès que l'insensibilité fut complète, j'incisai très-lentement les tissus au devant de la tumeur avec le bistouri galvanique ; puis je l'isolai latéralement et l'énucléant avec l'indicateur, j'en fis l'extirpation. Pendant l'opération, un aide enlevait avec soin avec une éponge trempée dans l'eau froide le tissu cellulaire graisseux fondu par la lame de platine. Une artériole qui donnait un peu de sang fut cautérisée immédiatement avec le plat du bistouri. Le sang perdu peut être évalué à environ une cuillerée à café.

L'opération terminée, j'appliquai une couche de collodion autour de la plaie, qui fut remplie de charpie; puis je plaçai par-dessus une couche de ouate et le tout fut maintenu par un bandage de corps.

Le 2 juillet, Mlle H.... vint me voir et me montra une très-belle plaie que l'on pansait depuis le 27 avec de la charpie trempée dans du vin aromatique. Depuis lors, elle avait repris ses occupations habituelles. Je l'engageai à continuer ce pansement et à prendre des dragées de lactate de fer.

Le 3 août, je trouvai une petite plaie d'un rouge vif et attribuant l'irritation à l'usage trop prolongé du vin aromatique, il fut convenu qu'on le panserait, le jour avec de la charpie sèche et la nuit avec des cataplasmes de farine de riz.

Au commencement du mois de septembre, elle était guérie. Comme la cicatrice était un peu saillante, je lui conseillai d'y appliquer tous les 8 ou 10 jours une couche de collodion élastique.

M. le Dr. Cornil ayant bien voulu examiner cette tumeur avec le microscope, m'a fait savoir que ce n'était pas un fibrome pur, et qu'elle contenait des glandes dans son intérieur.

Les adénomes et les fibromes développés au voisinage de la glande mammaire ne sont pas très-rares et doivent être enlevés le plus tôt possible, afin de s'opposer à leur développement et de mettre un terme aux douleurs qu'ils occasionnent quelquefois.

La tumeur adénoïde enlevée avec le sécateur a donné lieu à une manœuvre assez longue et délicate ; l'extirpation du fibrome avec le bistouri galvanique a été beaucoup plus simple.

Tumeur cancéreuse développée à la partie externe de la glande mammaire droite ; ablation pratiquée avec le bistouri galvanique; cicatrisation.

Mme R..., âgée de 74 ans, d'une bonne constitution, a été réglée à 17 ans. Elle s'est mariée en 1823 et a eu deux enfants qui sont vivants. Sa santé a presque toujours été bonne, mais en 1843 elle eut une hernie crurale droite étranglée, qui fut opérée par mon père. Au commencement de l'année 1871, elle s'aperçut qu'elle portait une petite tumeur à la partie externe de la glande mammaire droite. Cette tumeur augmenta lentement, mais au mois de septembre 1872, la peau devint rouge et adhérente à la partie externe, de plus elle y ressentit des élancements.

Elle vint me consulter à la fin du mois de décembre. Après avoir établi le diagnostic de cette tumeur et m'être assuré qu'il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire voisin, je l'engageai à la faire enlever;

elle y consentit, désirant seulement que l'opération n'eût lieu que le mois suivant.

Le 19 janvier 1873, Mme R... placée sur un lit peu élevé ayant été chloroformée par M. le Dr Jaubert, assisté par MM. Lapeyrère et Trouvé, je fis l'opération de la manière suivante : tenant la tumeur de la main gauche, je ponctionnai avec un bistouri galvanique monté sur le manche de mon sécateur la peau au-dessous de la tumeur, un nombre de fois suffisant pour obtenir une incision circulaire, puis procédant de même dans cette incision, je la détachai complétement. Trois artérioles, qui donnèrent au moment de la section, furent cautérisées immédiatement par l'application à plat de la lame de platine, de sorte que la malade ne perdit que quelques grammes de sang. L'opération terminée, une couche de collodion élastique fut appliquée autour de la plaie et celle-ci fut recouverte de coton maintenu par un bandage de corps.

L'examen de la tumeur nous permit de vérifier l'exactitude du diagnostic. Dans l'après-midi, Mme R... n'ayant que 80 pulsations je lui fis donner du bouillon, et je prescrivis trois pilules d'extrait thébaïque d'un centigramme pour la nuit.

Jusqu'au 22, la malade eut de 80 à 84 pulsations. Je fis alors changer le pansement et donner l'alimentation ordinaire. Le jour, la plaie était recouverte de charpie sèche et de ouate de coton ; le soir on enlevait la ouate et toute la charpie qui n'adhérait pas à la plaie, et on appliquait un large cataplasme de farine de riz, qui restait en place toute la nuit.

Le 24, état général et local très-satisfaisant.

Le 31, la plus grande partie de l'escharre était tombée et il n'en restait plus qu'un peu au centre.

Le 5 février, Mme R... étant très-bien sous tous les rapports, commença à se laver.

Le 16 février, j'examinai la plaie avec M. le Dr Lapayrère et nous la trouvâmes en très-bon état. Mme R... était déjà sortie depuis plusieurs jours et avait repris ses habitudes ordinaires. La cicatrisation marcha régulièrement et à la fin du mois de mars elle était complète. Ultérieurement je fis appliquer à la jambe gauche un cautère que l'on entretient soigneusement.

Depuis l'opération, j'ai revu plusieurs fois Mme R... et j'ai constaté que la cicatrice était en très-bon état. — Pour éviter le frottement des vêtements, j'ai fait recouvrir la région mammaire droite avec un appareil protecteur.

Cancer de la glande mammaire gauche ; ablation faite avec le sécateur galvanique ; récidive.

Mme T..., âgée de 48 ans, née à Paris, d'un tempérament nerveux, a perdu son père et sa mère à la suite d'accidents. Réglée à l'âge de 15 ans, la menstruation a toujours été peu abondante et assez irrégulière. Etant jeune, elle a eu souvent une alimentation insuffisante et est entrée au théâtre à neuf ans ; elle m'a assuré n'avoir j'amais eu d'affection vénérienne. En 1860, elle eut un rhumatisme articulaire aigu qui la retint au lit pendant six semaines. Mariée en 1859, elle eut un enfant, qui est vivant, et elle a fait une fausse couche. En 1868, elle s'aperçut qu'elle portait une tumeur au sein gauche et ne tarda pas à y ressentir des élancements. Elle consulta alors un médecin qui lui conseilla de prendre de l'iodure de potassium et lui fit appliquer sur la tumeur une pommade avec de l'extrait de belladone et d'opium.

Au mois de novembre 1871, elle vint me consulter ; je trouvai une tumeur dure, bosselée, ulcérée à sa partie externe; mais il n'existait pas de ganglions engorgés dans l'aisselle ; la tumeur assez mobile était le siége de douleurs très-vives. Le diagnostic étant bien établi et la marche envahissante de l'affection du côté du bras, ne permettant pas de différer l'intervention chirurgicale qu'elle réclamait, il fut convenu que l'opération serait faite prochainement, en employant la galvanocaustique.

Le 23 novembre, assisté par les docteurs Wodonikowski, Jaubert et par M. Trouvé, qui voulut bien se charger de régler le

fonctionnement de sa pile électrique, je passai un fil double de platine à la partie moyenne de la base de la tumeur, de plus je plaçai au-dessous, du côté du sternum, deux petites tiges en ivoire; introduisant ensuite le fil dans le sécateur, je le serrai en l'engageant sous les pièces d'ivoire, de façon à assurer son cheminement au-dessous de la glande. Le sécateur mis en rapport avec la pile de M. Trouvé, je fis la section de la portion interne de la tumeur sans écoulement sanguin. Un aide avait soin d'absterger soigneusement avec des éponges trempées dans de l'eau froide la graisse fondue par le fil incandescent.

Afin de comprendre dans la section, la portion de peau ulcérée, je passai sous la partie externe de la tumeur et sous la peau trois petits cylindres d'ivoire, j'engageai le fil au-dessous, puis je le plaçai dans le sécateur, et l'ablation eut lieu comme pour la portion interne.

L'opération terminée, je recouvris la plaie de compresses trempées dans de l'eau froide et exprimées, afin de ne pas mouiller la malade, qui fut changée de linge et replacée dans son lit. Dans l'après-midi, je fis remplacer les compresses mouillées par de la ouate de coton sèche, je permis à la malade de prendre du bouillon et je prescrivis trois pilules d'extrait thébaïque d'un centigramme.

Le 24, Mme T... était assez bien; elle me dit qu'elle avait eu de la fièvre jusqu'à neuf heures. Alimentation légère.

Le 30, j'enlevai la ouate et je constatai un commencement d'élimination des escharres; même pansement; augmenter l'alimentation.

Le 2 décembre, je fis remplacer la ouate par des cataplasmes de farine de riz.

Le 8, il ne restait plus qu'un peu d'escharre au centre. Même pansement et se lever.

Le 17, je trouvai une belle plaie avec un pus de bonne nature; continuer les cataplasmes et prendre une alimentation très-tonique. Ce traitement fut suivi régulièrement et de temps à autre je touchai les bords de la plaie avec le crayon de nitrate d'argent.

Au mois de janvier je conseillai de remplacer les cataplasmes par un pansement cératé, puis j'engageai Mme T... à sortir et à venir me voir.

La cicatrisation marchait rapidement et j'espérais voir la malade prochainement guérie, lorsque dans les premiers jours de février j'aperçus à trois centimètres environ au-dessus de la plaie un tubercule dur, rouge, très-douloureux, du volume d'une noisette, qui me parut cancéreux. Je conseillai de revenir aux cataplasmes de farine de riz et je fis appliquer une pommade avec de l'extrait thébaïque, me proposant de détruire prochainement cette tumeur s'il n'en survenait pas d'autres. Malheureusement quelque temps après il s'en développa plusieurs au voisinage de la première, quoique la cicatrisation de la plaie marchât régulièrement, mais très-lentement. Ultérieurement, il survint d'autres tumeurs semblables du côté de l'aisselle et sur les côtes qui me déterminèrent à m'abstenir de toute intervention chirurgicale.

J'ai appris depuis qu'elle avait succombé par suite des progrès de cette affection.

Pour pratiquer l'ablation des tumeurs du sein avec le bistouri galvanique, je me sers ordinairement de l'un de ceux que j'ai fait connaître et qui sont montés sur un petit manche en bois. Dans le but de simplifier l'arsenal galvanique, j'ai fait disposer une lame de platine sur une tige métallique pouvant se monter sur mon sécateur. J'ai employé cet instrument plusieurs fois et je dois avouer qu'il est moins commode que ceux dont je me sers habituellement.

Le procédé que j'ai employé sur la seconde malade est très-simple, permet de faire une opération exsangue, et peut convenir dans un certain nombre de cas.

Epithélioma du col; amputation faite avec le sécateur galvanique; récidive.

Au mois de décembre 1874, je fus consulté pour une affection de l'utérus par une dame âgée de 39 ans, très-lymphatique et ayant beaucoup d'embonpoint. En l'exa-

minant je trouvai une large tumeur épithéliale implantée sur le col en forme de champignon. La portion du col sous-jacente me paraissant saine, je pensai qu'il serait possible de prolonger les jours de la malade en enlevant la tumeur.

Le 19, assisté par MM. les docteurs Hallu, M. Legrand, Payraud et Regnault, qui voulut bien se charger de chloroformer la malade, je la fis placer sur le bord d'un lit peu élevé et les pieds dans deux chaises. Quand l'insensibilité fut complète, je saisis le col dans l'anse du sécateur avec assez de difficulté, à cause du volume de la tumeur, qui obstruait le vagin, je mis l'instrument en rapport avec une pile chirurgicale, et j'en fis l'ablation sans écoulement sanguin. L'opération terminée, on injecta de l'eau froide dans le vagin, l'abdomen fut couvert d'une couche de collodion élastique, et la malade replacée dans son lit.

La fièvre traumatique fut peu sensible et bientôt l'appétit se réveillant, je lui fis donner une nourriture substantielle ; mais une dizaine de jours après l'opération, les escharres étant en voie d'élimination, je constatai un peu d'état fébrile. Je conseillai des préparations de quinquina, un régime tonique et des injections fortement alcoolisées.

Le 14 janvier 1875, j'examinai la plaie, que je trouvai blafarde et couverte d'un liquide sanieux, ayant en un mot, un mauvais aspect. Je proposai à Mme C... de la cautériser ; elle me pria de différer jusqu'à ce que ses forces fussent revenues plus complétement; elle commençait alors à se lever. Je fis continuer le régime tonique et les moyens indiqués plus haut sans obtenir de grands avantages, la malade étant toujours faible et très-dyspeptique.

Au commencement du mois de mars, Mme C... espérant que le changement d'air la remettrait, se décida à aller aux environs de Paris ; avant son départ, je l'examinai avec son médecin, et je trouvai au fond du vagin des indurations s'étendant dans le cul-de-sac vaginal de gauche, qui me parurent au-dessus des ressources de la chirurgie.

Epithélioma du col ; ablation faite avec le sécateur galvanique ; cicatrisation.

Le 25 mars 1875, je fus appelé par M. le Dr. de la Grandière pour examiner une dame âgée de 28 ans, d'un tempérament lymphatique, mais jouissant habituellement d'une bonne santé, qui avait une affection utérine. Mme M... réglée à 13 ans, mariée à 17, avait eu un enfant, qui existe ; son père et sa mère sont bien portants. En l'examinant, je trouvai une tumeur épithéliale du col développée principalement sur la lèvre antérieure. La base du col paraissant saine, je proposai à mon confrère de faire l'amputation au moyen de l'électricité, et la malade dut se purger le lendemain.

Le 27, assisté par MM. de la Grandière et Faguet, je fis mettre Mme M... sur le bord de son lit, dans la position ordinaire, je plaçai le fil sur la portion saine du col et je pratiquai l'ablation sans écoulement sanguin. Je fis une injection d'eau froide et l'abdomen fut recouvert d'une couche de collodion élastique. La fièvre traumatique ayant été très-légère, la malade put se lever le 9 avril et reprendre un peu ses occupations.

Le 23, j'examinai Mme M... avec mon confrère ; nous trouvâmes une plaie ayant très-bon aspect, mais comme il existait à gauche un point dur, qui nous inspirait des craintes, il fut convenu que je ferais une cautérisation.

Le 25, j'introduisis dans la portion restante du col une tige de laminaria.

Le 26, assisté par mon confrère, je retirai la laminaria, puis je cautérisai l'intérieur du col et la partie voisine du vagin avec un caustique de Filhos taillé en cône; enfin je plaçai au centre de l'escharre une flèche de pâte de chlorure de zinc à parties égales; application de collodion élastique sur l'abdomen.

Le lendemain j'enlevai la pâte de zinc ramollie et nous vîmes une escharre dure et cylindro-conique.

Le 30, l'escharre était tombée et le surlendemain, Mme M... pouvait se lever.

Le 7 mai nous examinâmes la malade

et nous trouvâmes une plaie de bonne nature et ne nous inspirant aucune crainte pour l'avenir. L'opérée reprit alors ses occupations habituelles et il fut convenu que mon confrère introduirait régulièrement une bougie de gomme élastique dans l'orifice du col, afin d'en éviter le rétrécissement; de plus Mme M... dut placer un exutoire au bras gauche.

Dans le courant du mois de juillet, j'ai constaté la cicatrisation complète du col et la belle santé de notre opérée.

J'ai regretté que la malade qui fait le sujet de la première observation, ne m'ait pas permis de faire une seconde cautérisation ; peut-être aurais-je pu retarder ainsi une récidive qui a bientôt dépassé les limites d'application des moyens chirurgicaux. Le récidive observée chez Mme C... m'a déterminé à pratiquer chez ma seconde opérée une forte cautérisation, et la bonne cicatrice que j'ai obtenue me donne beaucoup d'espoir pour l'avenir.

AMUSSAT.

OBSTÉTRIQUE.

Contribution à l'enquête sur la contagiosité de la fièvre puerpérale.

Monsieur le Rédacteur,

Dans un article de votre intéressant journal, numéro du 15 juillet, à propos de la métrite puerpérale, vous écrivez la phrase suivante : « il est aujourd'hui avéré que les accoucheurs des hôpitaux sont, en quelque sorte, imprégnés de ce germe de mort, qu'ils vont au loin transmettre à leurs accouchées. » — La possibilité de ce mode de transmission sera certainement admise par tous ceux — et c'est l'immense majorité des médecins — qui croient à la contagiosité de la fièvre puerpérale, ou plutôt des divers états morbides englobés sous ce nom. Mais les accoucheurs sont-ils les seuls qui possèdent ce triste privilége de devenir, à un moment donné, des empoisonneurs publics? De bons esprits admettent que le germe infectieux qui produit les inflammations puerpérales n'est pas un contagium spécial, *sui generis*, naissant et se développant uniquement chez les accouchées; pour eux, ce principe est le même que celui qui donne naissance aux accidents septicémiques des blessés, et toute suppuration, d'où qu'elle vienne, peut l'engendrer. S'il en est ainsi, le chirurgien — et tous les médecins à la campagne sont chirurgiens — pourrait, au même titre que l'accoucheur des maternités, devenir un foyer d'infection pour ses accouchées.

C'est parce que j'ai peur d'avoir ainsi porté moi-même le poison dans ma clientèle que je me pose cette question et que je vous prie de la poser à vos lecteurs. Si ma crainte est fondée, ce qui m'est arrivé a pu, a dû arriver à un certain nombre de nos confrères : ne serait-il pas intéressant de provoquer une sorte d'enquête à ce sujet? Que tous ceux qui, soit à la campagne, soit dans les villes où il n'existe pas de maternités, se sont trouvés aux prises avec une épidémie d'inflammations puerpérales fassent appel à leurs souvenirs, qu'ils vous écrivent si, oui ou non, ils ont rencontré à l'origine de ces épidémies des conditions analogues à celles que j'ai rencontrées moi-même : peut-être de cet ensemble de faits quelque lumière jaillirait-elle. Que conclure en effet d'un fait isolé? — Quoi qu'il en soit, voici le mien, vous en ferez ce que vous voudrez.

Dans les derniers jours de novembre 1873, j'étais appelé auprès d'un voiturier, nommé Bélier, qui, se trouvant à Paris et probablement en état d'ivresse, était tombé de sa voiture; transporté à Beaujon avec une fracture compliquée du quatrième métacarpien de la main droite, quelques contusions et une plaie légère de la région du coude, il y était resté deux jours, puis était revenu se faire soigner chez lui, à Chaville. — Existait-il en ce moment des érysipèles à l'hôpital? toujours est-il qu'un érysipèle phlegmoneux formidable se déclara, qui envahit rapidement le membre supérieur tout entier. En quelques jours, malgré des incisions multiples, la peau et le tissu cellulaire étaient sphacélés

depuis l'aisselle jusqu'au poignet : sur toute cette surface, à l'exception de la partie postérieure de l'avant-bras, où une languette de peau avait échappé à la gangrène, les muscles étaient complétement à nu. — Je voyais ce malheureux deux fois par jour, les pansements étaient longs, la suppuration fort abondante : j'étais donc, pour ainsi dire, imprégné de pus. Sur ces entrefaites, le 5 décembre, j'allai voir ma belle-sœur, qui était accouchée depuis huit jours : je la trouvai très-bien portante; le surlendemain, sans cause connue, elle était prise d'un grand frisson, fièvre, délire, douleurs abdominales. Heureusement, sans autre médication qu'un gramme de sulfate de quinine, ces accidents effrayants se calmèrent et disparurent très-vite.

Le 8 décembre, Mme M..., que j'avais accouchée le 6 et qui avait eu une couche tout à fait normale, était prise à son tour d'un frisson prolongé : vomissements, douleur hypogastrique, s'étendant bientôt à tout le ventre, pouls à 140, délire, météorisme considérable. C'était bien de la métro-péritonite. Le 13, la malade succombait.

Le 11, Mme J..., accouchée par une sage-femme quelques jours auparavant, me faisait appeler pour quelques accidents sans gravité, anorexie, langue saburrale, pas l'ombre de fièvre. Je retournais la voir le 12, et le 14, dans la nuit, éclatait un frisson violent, une fièvre ardente s'allumait; nouveau frisson le 17, puis le 21 ; vives douleurs abdominales, arrêt des lochies, ballonnement du ventre. J'obtiens, non sans peine, qu'on applique en permanence de la glace sur le ventre. — Guérison.

Dans la nuit du 8 au 9 janvier 1874, la sage-femme de Viroflay me faisait prier de venir l'assister auprès de Mme V... Quand j'arrivai, l'accouchement était terminé; il y avait eu, paraît-il, une attaque d'éclampsie, une seule, immédiatement avant l'accouchement, et le fait est que Mme V... ne se souvenait de rien et paraissait tout étonnée de se trouver délivrée sans s'en être aperçue. La journée du 9 se passa assez bien. Le 10, dans la journée, frisson, délire, mêmes symptômes que chez les précédentes. — Glace sur le ventre, guérison.

Le 22 janvier, j'accouche Mme L.... accouchement absolument naturel et normal. Le 27, sans qu'il soit intervenu aucune cause que je sache, frisson violent et prolongé, suivi du cortége des symptômes de la métrite puerpérale. — Glace, guérison.

A la fin du même mois, accouchait également à Chaville, Mme Mot..., qui fut prise des mêmes accidents. Ce n'est pas moi qui la soignai, mais j'aidai mon confrère, le 9 avril suivant, à lui ouvrir un phlegmon de la fosse iliaque.

Vers le milieu de février, mêmes accidents chez une femme de Viroflay, récemment accouchée, qui m'avait appelé quelques jours auparavant pour une bronchite aiguë. — Glace, guérison.

Le 28 février, je constate le décès de Mme G..., accouchée 8 jours auparavant par une sage-femme, et soignée par un de mes confrères, qui me fait appeler en consultation quelques heures avant la mort ; — aucune hésitation sur le diagnostic : métro-péritonite puerpérale.

Dans le mois de mars, symptômes identiques chez Mme R... : accouchement au déclin d'un érysipèle de la face, inertie utérine, application du forceps. — Glace, guérison.

En avril, j'observe bien encore un cas de mort après l'accouchement, mais ici la maladie s'était présentée avec une tout autre allure et un caractère tout différent. Il s'agissait d'une pauvre femme rachitique, bossue, accouchée avant terme de deux jumeaux, et qui succomba en quelques jours à ce qu'on a appelé, faute de mieux, la cachexie séreuse aiguë, avec infiltration générale, ascite, hydrothorax et probablement hydrocéphalie.

En mai, je fais d'abord deux accouchements dont les suites sont parfaites. Le 22, appelé par la sage-femme de Viroflay, je fais une application de forceps chez Mme Mém..., primipare, en travail depuis deux jours. Tout se passe bien les premiers jours, mais le 4 juin, alors que déjà elle commençait à se lever, frisson,

fièvre, arrêt des lochies, ventre très-douloureux, etc.— Glace, guérison.

Enfin, en juillet, j'observe le dernier cas de cette petite épidémie chez Mme Leg., à Chaville : accouchement normal le 4, frisson le 14, suivi des symptômes connus. — Glace, guérison.

Ainsi, de décembre en juillet, voilà, sans compter celui de ma belle-sœur, 10 cas de fièvre puerpérale (métrite, métro-péritonite, phlegmon du ligament large), dont 2 mortels. Jusqu'à ce moment, pendant plus de trois ans, je n'en avais pas observé un seul cas à Chaville ; je n'en ai pas revu un seul depuis un an. L'épidémie a sévi dans les deux communes de ma clientèle, Chaville et Viroflay, et n'a sévi, à ma connaissance, que dans ces deux communes : je n'ai entendu parler d'accidents puerpéraux à cette époque ni à Sèvres, ni à Meudon, ni à Vélizy, ni à Ville-d'Avray. — En même temps que débutait cette épidémie chez une femme accouchée par moi, je vivais plusieurs heures par jour dans une atmosphère saturée de suppuration : faut-il voir entre ces deux faits une relation de cause à effet? Faut-il dire *cum hoc, ergo propter hoc?*

Quant à moi, je l'avoue, je n'avais rien soupçonné : j'avais bien été surpris de l'apparition de ce fléau, si rare à la campagne, mais il est si facile de s'expliquer les choses avec des mots! Influence épidémique, conditions atmosphériques ou telluriques, constitution médicale, autant de mots vides, autant de phrases creuses, jusqu'à présent du moins, et qui ne servent qu'à masquer notre ignorance. — Donc, Bélier était mort d'infection putride le 15 février, et je n'avais pas même songé à établir la moindre relation entre son cas et celui de mes accouchées. C'est seulement quelques mois plus tard que cette pensée me vint à l'esprit, en lisant, dans votre numéro du 1er décembre 1874, le résumé d'une discussion à la Société médicale des hôpitaux, séance du 9 octobre. « M. Bucquoy, disait ce compte rendu, rapporte le fait suivant dont il a été témoin dans ces derniers temps : Un médecin des environs de Paris l'appelle en consultation pour une femme nouvellement accouchée, atteinte d'accidents puerpéraux. C'était le 3e cas de fièvre puerpérale qu'observait depuis 3 semaines ce médecin, qui avait fait 800 accouchements sans avoir eu le plus petit accident. Cherchant la cause de ce changement subit, il montra à M. Bucquoy qu'il était atteint d'une adénite suppurée du cou, qu'il traitait par le drainage. Il se demandait s'il n'infectait pas lui-même ses malades. Quoi qu'il en soit, il s'est bien promis de ne plus faire d'accouchements avant d'être complétement guéri de son adénite. — M. Chauffard professe depuis longtemps cette doctrine, que toute suppuration, toute maladie qui dégage des gaz putrides dans le voisinage d'une femme en couches infecte cette femme. Le service des femmes en couches de l'hôpital Necker est très-meurtrier, ce que M. Chauffard explique par la présence dans ce service de mères nourrices, dont un certain nombre sont affectées d'abcès du sein, et d'enfants nouveau-nés souvent atteints d'ophthalmies purulentes. »

Les faits que j'ai rapportés ajoutent, ce me semble, une nouvelle probabilité en faveur de cette opinion. Mais, pour fonder une conviction, je reconnais qu'il en faudrait d'autres, nombreux et explicites. C'est pourquoi je fais appel à nos confrères de la province : s'ils ont observé des faits de ce genre, qu'ils les publient. Il y a là plus qu'une question scientifique, il y a un intérêt public de premier ordre, puisque c'est la vie humaine qui est en jeu. Il s'agit de savoir si, telles circonstances étant données, le médecin peut empoisonner une partie de sa clientèle. En supposant que les faits interrogés répondent : oui, cela est possible, quel est celui d'entre nous qui consentirait à faire encore des accouchements dans de semblables conditions? — Pour moi, j'ai bien juré de m'abstenir.

Deux mots, si vous le permettez, sur le traitement, pour terminer cette trop longue lettre. Je ne vous conterai pas les différentes difficultés qu'il m'a fallu vaincre pour obtenir l'application de la

glace sur le ventre : de la glace sur le ventre d'une femme en couches! qui a jamais ouï pareille chose! mais on voulait donc la tuer, cette pauvre femme? Qui ne sait que ce qu'il faut avant tout et par-dessus tout à une accouchée, c'est de la chaleur?... — Je dus appeler en consultation le regretté Joulin — il mourut très-peu de temps après — pour montrer à ces braves gens que je n'étais pas le seul de mon espèce. — Heureusement pour moi et pour elle — Mme P... guérit : je ne fus point lapidé, et les autres acceptèrent la glace sans difficulté. — En somme, sur les 10 malades en question, 2 moururent, 1 eut un phlegmon iliaque, dont le point de départ était probablement dans le ligament large : ces 3 malades sont les seules chez lesquelles la glace ne fut pas employée; elle fut employée chez les 7 autres, qui guérirent sans avoir présenté aucune complication.

Veuillez agréer, etc.

Dr E. Darin.

Chaville, 3 *août* 1875.

Le forceps à accessoires multiples du Dr Castillo Pineiro.

Le Dr Castillo Pineiro a présenté à la Société gynécologique Espagnole, dans sa séance du 12 mars dernier, un forceps remplissant des indications multiples, décrit et figuré dans le numéro du 15 août du journal *El Anfiteatro anatomico Espanol*. Nous croyons intéressant pour nos lecteurs de donner une idée de cet instrument qui, ainsi que le font remarquer les honorables confrères, chargés de faire sur lui un rapport, présente quelques avantages sur le forceps ordinaire.

L'instrument dont il s'agit est une modification de celui de Simpson, dont l'auteur a adopté les cuillers et le mode d'articulation. A ce point s'arrête l'analogie.

Partant de ce fait incontestable que, dans un moment pressant, l'accoucheur se trouve dans l'impuissance, s'il ne peut disposer de divers instruments accessoires, pour terminer le travail, le Dr Castillo Pineiro s'est efforcé de munir son forceps des principaux éléments d'action qui en sont, pour la plupart, séparés, dans les nombreux modèles dont il nous est donné de disposer.

Pour remplir cet objet, cet accoucheur a monté sur les manches mêmes dudit forceps les accessoires suivants :

Sur la partie interne du manche de la branche droite est articulé un sécateur à lames divergentes, faisant l'office du perforateur de Blot.

Lorsque l'on fait usage du forceps, les lames sont superposées, et repliées sur le manche. Veut-on faire usage de cet accessoire? On démonte le crochet mousse dont est pourvue cette branche, et on déploie le perforateur, qui devient à son tour terminal.

Sur le manche de la branche gauche s'adapte une *barrette* d'acier, longue de 0,075, munie de deux petits écrous, destinés à la maintenir sur ce même manche. Une fois en place, cette barrette prend appui par sa pointe sur le point correspondant du manche gauche. Elle a un double objet : elle empêche les manches de se rapprocher au point de rendre dangereuse l'action des cuillers sur la tête de l'enfant. Cette petite tige, en outre, porte des graduations, qui permettent de reconnaître, au premier coup d'œil, le diamètre embrassé de l'organe.

Comme dans la variété de forceps la plus usité parmi nous, la branche gauche est munie d'un crochet mousse.

La droite est pourvue d'un crochet à volonté mousse ou aigu. Copiant en ceci le forceps de Pajot, l'accoucheur Espagnol a fait pratiquer, sur la partie convexe du crochet, une rainure, aboutissant à une petite ouverture permettant l'adaptation de la balle de plomb et de la ficelle, utilisées, par l'illustre accoucheur de Paris, pour l'opération de l'embryotomie. Cette même modification permet aussi de tirer parti de l'instrument, en tant que porte-lacs.

Cet instrument est du poids de 850 grammes. Il a une longueur de 0,45. L'articu-

lation se fait à sa partie moyenne, ou à 0,225 de ses deux extrémités.

Pour le dire en passant, les cuillers sont beaucoup trop courtes. Il nous est plus d'une fois arrivé d'engager les cuillers du rétroceps à 0, 27 de profondeur dans les organes sexuels, pour y aller saisir la tête.

A côté de l'avantage que présente un instrument muni de tant de pièces accessoires, les rapporteurs font ressortir l'économie qu'il réalise, au point de vue de sa valeur vénale. En France, disent-ils, les six instruments dont tient lieu le seul forceps du Dr Castillo y Peneiro coûtent 320 fr. Le prix de ce dernier n'est que de 200 fr. Total, 120 fr. de différence, sans parler du port.

Si l'on nous demande notre appréciation personnelle sur cet instrument, la voici :

Assurément le Dr Castillo Peneiro a eu une heureuse idée en réunissant tant d'éléments utiles sur un seul et même instrument. Mais croit-on qu'une telle association soit heureuse, au point de vue de la facilité, de la précision de la manœuvre de pièces aussi massives? Nous ne le croyons pas.

N'est-il pas de beaucoup préférable d'avoir un manche léger, bien maniable, tel que nous l'avons fait exécuter nous-même, sur lequel on peut monter à volonté un crochet mousse ou aigu, un porte-lacs, une lame perforatrice, un tire-fond intra-crânien, une tarière, ou trèphine sphénoïdienne ? Chacune de ces pièces principales est du prix de 5 fr. Pour 30 fr. on peut donc se munir de tous ces accessoires indispensables. Leur volume et leur poids sont insignifiants. Leur légèreté, leur conformation appropriée en rendent l'emploi beaucoup plus facile que lorsque ces accessoires sont montés sur la longue et lourde branche d'un forceps.

Quant à la barrette à double effet de cet instrument, il y a plus de quinze années que nous en avons fait adapter une semblable à notre forceps croisé. La nôtre est même beaucoup plus commode, car elle est à triple effet. Non-seulement elle permet de prendre la mesure du diamètre céphalique saisi, mais un petit écrou interne est destiné à s'opposer au trop grand rapprochement des cuillers ; un autre écrou, externe, met au besoin obstacle à leur écartement, remplissant le même objet que le lien dont on a l'habitude d'entourer l'extrémité des manches, pour fixer plus solidement les cuillers sur la tête de l'enfant.

Au point de vue économique, nous croyons que nos honorables confrères s'abusent étrangement. On peut en France, à un prix de revient beaucoup moindre que celui qui représente la valeur du forceps du Dr Castillo Pineiro, se munir d'un *armentarium* obstétrical peu volumineux relativement, et beaucoup plus complet, permettant de mener à bien une foule de cas de dystocie inabordables avec les seuls accessoires de l'accoucheur Espagnol. Il ne sera peut-être pas sans intérêt d'établir ici approximativement la valeur des éléments principaux de cette trousse obstétricale ?

Rétroceps, 38 fr; forceps à branches parallèles et à traction concentrique, 25 fr.; forceps croisé ordinaire, 25 fr.; appareil à tractions soutenues, 60 fr.; accessoires ci-dessus, 30 fr. Total 178 francs.

Il ne nous reste plus, maintenant, qu'à laisser à nos lecteurs de trancher la question, tant au point de vue de l'économie, qu'à celui de l'importance des services que l'on peut attendre de l'un et l'autre *armentarium*.

Nous n'en devons pas moins féliciter notre honorable confrère de son heureuse idée. Sous un volume restreint, son forceps est muni de nombreux accessoires, qui fournissent à l'accoucheur de puissants éléments d'action. A ce titre, mais à ce titre seul, cet instrument se recommande au choix des accoucheurs.

Dr L. H.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

De l'auscultation plessimétrique, par le Dr Noel Gueneau de Mussy. Quand on applique l'oreille sur la partie antérieure de la poitrine, tandis qu'on percute avec un ou plusieurs doigts recourbés les apophyses épineuses dorsales ou lombaires, on entend un bruit vibrant, métallique, qui est comme l'écho du bruit produit par la percussion; il peut être comparé à celui qu'on obtient en frappant sur le genou les deux mains réunies par leur face palmaire. Je désignerai ce bruit sous le nom de consonnance plessimétrique: il résulte en effet de la consonnance des parties qu'on explore avec les parties percutées; le même phénomène se produit quand on percute la partie supérieure ou moyenne du sternum, pendant qu'on explore avec l'oreille les régions thoraciques postérieures.

S'il survient quelque modification dans la densité, la perméabilité du tissu pulmonaire, dans la tension de l'air qui le distend, cette consonnance est modifiée; au lieu d'être vibrante, comme métallique, elle s'affaiblit, devient plus mate en même temps que parfois la tonalité s'éléve; c'est un phénomène corrélatif aux modifications de sonorité qu'on constate en percutant directement au niveau des parties malades.

Sans doute ce dernier mode de percussion, joint à l'auscultation suffit pour résoudre la plupart des problèmes cliniques que présentent au médecin les maladies des organes thoraciques ; cependant la percussion à distance peut dans certains cas confirmer, compléter, corriger les résultats fournis par la percussion directe. Pour en citer un exemple connu, dans le pneumothorax, la percussion du sternum fait entendre à l'oreille, qui ausculte la partie postérieure de la poitrine, ce bruit que Trousseau a le premier observé et qu'il a désigné sous le nom de bruit d'airain; dans le cas où le pneumothorax ne communique pas ou ne communique plus avec les bronches, ce bruit d'airain peut devenir un des signes les plus importants de cette affection. Vous n'avez alors ni toux amphorique ni tintement métallique ; le silence du bruit respiratoire est le seul phénomène qui se révèle à l'auscultation ; phénomène important sans doute, car l'absence de ce murmure vésiculaire ne se rencontre ordinairement à ce degré ni dans l'emphysème ni dans l'adénopathie bronchique et si, sous l'influence d'une tension excessive de l'air épanché, on peut voir parfois se changer en matité le son tympanique qui accompagne toujours le pneumothorax, cette matité n'est jamais aussi complète et en aucun cas elle n'offre cette résistance au doigt qu'on trouve dans l'épanchement pleurétique, qui peut, lui aussi, abolir complétement le murmure respiratoire. Cependant ces présomptions, quelque bien fondées qu'elles puissent être, n'ont pas la valeur pathognomonique du bruit d'airain.

Chez les malades inconscients, soit à cause de leur âge, soit à cause de leur état cérébral, chez ceux par exemple qui sont dans le coma apoplectique ou dans la stupeur typhique, alors qu'on ne peut pas diriger les mouvements respiratoires de manière à obtenir un bruit vésiculaire appréciable, ou encore quand des râles bronchiques masquent celui-ci, dans toutes ces circonstances, la percussion fournit au diagnostic ses principaux éléments. On ne saurait donc trop en tirer tout ce qu'elle peut fournir: si la percussion directe donne des indications plus nettes, plus tranchées sur l'état des parties superficielles, il me semble que la percussion à distance traduirait mieux quelquefois les indurations centrales du poumon, par cela même que l'origine du son est plus éloignée de l'oreille qui ausculte, et que les vibrations sonores en traversant toute l'épaisseur de l'organe

en traduisent mieux les propriétés conductrices et les consonnances.

Cette condition, utile dans certaines circonstances, est dans d'autres un inconvénient. Dans la moitié supérieure du poumon, elle peut permettre de reconnaître des indurations centrales, pourvu qu'elles offrent un volume suffisant; dans la moitié inférieure, le foie à droite, le cœur à gauche, arrêtent les ondulations sonores, et le signe dont j'ai parlé ne peut être perçu, excepté sur les parties latérales extrêmes pour la région péricardiaque et pour la partie supérieure de la région péri-hépatique. En revanche, s'il y a un obstacle à l'appréciation des lésions profondes du poumon, je ne connais pas de meilleur procédé pour déterminer la limite supérieure du foie; quand en percutant les apophyses épineuses dorsales, on promène son oreille de haut en bas en partant de la clavicule, il y a un point où brusquement la vibration s'arrête et le son devient mat. Ce point est notablement plus élevé que celui qu'on assignerait à l'apex du foie par la percussion directe, c'est le point culminant de la surface convexe. Le changement soudain de la sonorité ressemble à celui que produit la brusque suspension des vibrations d'un corps sonore par le contact du doigt.

Le même phénomène est observé au niveau du cœur, et cette modification du retentissement plessimétrique est perçue en avant et en arrière.

Il y a quelques semaines, j'examinais par cette méthode une jeune femme chez laquelle existait un épanchement considérable dans le côté gauche de la poitrine; je fus très-étonné d'entendre un retentissement mat bien au-dessus du point que le foie atteint ordinairement, bien que la percussion directe donnât dans cette région un son clair et même un peu tympanique; l'exploration de la région antérieure me fit constater que depuis la veille le cœur avait passé du côté droit du thorax par un accroissement subit de la collection pleurale, et qu'il battait sous la mamelle droite.

Dans des cas douteux d'engorgement du tissu pulmonaire, l'auscultation plessimétrique m'a fourni des renseignements utiles. Ainsi, j'observais tout récemment une vieille femme qui se plaignait de dyspnée, de douleur dans le côté gauche, avec congestion caractéristique de la face; la sonorité de la poitrine était normale, quoique dans la moitié inférieure le bruit respiratoire fût très-faible et mêlé de râle sous-crépitant, et qu'on y entendît de la bronchophonie. La percussion du sternum donnait un retentissement mat, en dehors de la matité cardiaque.

J'ai perçu le même phénomène dans deux cas d'induration tuberculeuse probable au sommet du poumon droit.

Les indurations d'une certaine étendue donnent un son *terne*, mat, non vibrant, et d'une tonalité plus élevée que le son normal. Si l'induration n'occupe pas une large surface, il faut, pour que l'oreille perçoive ce caractère, qu'elle soit placée au niveau de cette induration; de sorte que les ondes sonores la traversent pour arriver au tympan qui ausculte.

Il est assez curieux que l'induration pulmonaire, qui augmente le retentissement de la voix, diminue la vibration plessimétrique; il est facile, je crois, de trouver une application de ces faits contradictoires en apparence dans la bronchophonie; le son se produit dans les tuyaux bronchiques; ceux-ci sont entourés dans l'état sain d'un tissu spongieux, de cellules remplies d'air qui transmettent mal les vibrations sonores aux parois thoraciques. Si ce tissu s'indure, il devient meilleur conducteur du son, et le bruit bronchique arrive à l'oreille appliquée sur les parois. Dans le cas qui nous occupe, le foyer de vibration est à la périphérie dans le squelette; si les ondes vibrantes doivent traverser la poitrine pour arriver au point opposé, on conçoit qu'un milieu alternativement mou et dur, souple et rigide, modifie leur transmission; ou, si elles se transmettent par les parois, il faut que l'élasticité du poumon sous-jacent à ces parois, ne trouble pas leur mouvement ondulatoire.

Dans la première hypothèse, il serait possible que la généralisation de l'induration à toute l'épaisseur d'un lobe, que les

rapports de la partie indurée avec la région de la paroi thoracique qui supporte l'oreille rendissent possible cette transmission des vibrations.

Une tension considérable du thorax, comme celle qui accompagne l'emphysème, assourdit le son et diminue la vibration. Au niveau des cavernes, la consonnance plessimétrique varie suivant l'étendue de l'excavation, la position plus ou moins superficielle qu'elle occupe, l'épaisseur de ses parois. Dans beaucoup de cas, la vibration est nulle, le son perçu est mat et aigu.

Si la caverne est vaste et superficielle, le son peut être fort, retentissant, mais il est *très-aigu*; il rappelle quelquefois le son caverneux obtenu par la percussion directe; dans des cas très-rares il a cette trémulence spéciale à laquelle on a donné le nom de *pot fêlé*. L'acuïté du son m'a paru être le caractère général de la consonnance perçue au niveau des cavernes.

En résumé, la recherche de la consonnance plessimétrique me paraît être utile dans deux circonstances :

1° Pour reconnaître la limite supérieure du foie, ce mode d'exploration la détermine avec une précision et une facilité que ne peut donner, je crois, aucune autre méthode, et à ce point de vue elle me semble avoir quelque importance.

2° Elle est encore utile pour constater l'existence d'indurations centrales dans la partie supérieure des deux poumons, alors que la percussion directe ne donne aucun résultat positif.

Depuis Trousseau, ce mode d'auscultation a été mis en usage dans le pneumothorax. En dehors de ces indications, je n'en ai tiré aucun renseignement utile, dans le cercle restreint que je viens de tracer ; je crois qu'il peut rendre quelque service. J'ajouterai, en finissant, que, pour obtenir une consonnance bien nette, il faut autant que possible percuter sur la peau nue dans les régions sternale et vertébrale, et il est bon, quand on soupçonne une induration centrale de percuter successivement en avant et en arrière pour contrôler l'un par l'autre les résultats obtenus.

(*France médicale.*)

Des succédanés du lait de femme dans l'allaitement des enfants, par le docteur C. Henning. — L'allaitement maternel est, suivant l'auteur, le meilleur qui soit; mais lorsqu'il est insuffisant ou impossible et qu'on ne peut se procurer une bonne nourrice, il faut bien recourir à des succédanés du lait de femme.

Le lait de cavale et le lait d'ânesse sont ceux qui se rapprochent le plus de celui de femme, mais il est souvent difficile de s'en procurer; le lait de chèvre répugne souvent aux enfants par son odeur et par son goût, surtout s'il n'est pas cuit; reste donc le lait de vache.

Hauner conseille de choisir une vache pour la consacrer spécialement à l'allaitement du même enfant. Elle sera saine, pas trop vieille et on la nourrira avec du foin ou de la paille mélangée à du trèfle sec, et en été avec de l'herbe et du trèfle. L'animal vivra de plus en plein air.

Aux nouveau-nés il faut donner le lait des animaux étendu de trois quarts d'eau; au lait de vache ou de chèvre on ajoute du sucre de lait, et si l'enfant est constipé, on additionnera le mélange d'un peu de bicarbonate de soude, qui rend la caséine de vache plus fluide et d'une digestion plus facile. Si le lait était trop pauvre en beurre on le battrait avec un peu de crème.

Au bout de huit jours, si l'enfant n'est pas malade, on mettra deux tiers d'eau pour un tiers de lait. A six ou huit semaines, l'enfant peut supporter un lait étendu d'eau par parties égales; on pourra aussi abandonner alors l'addition du sucre de lait dont on aura progressivement diminué la dose jusqu'à ce moment. Si la constipation survenait, on reviendrait à étendre le lait d'une plus grande quantité d'eau, sinon on augmenterait peu à peu la quantité de lait pour arriver à donner à l'enfant deux parties de lait sur une d'eau au moment où percent les dents, et enfin du lait pur.

Il arrive quelquefois que la mère ou la nourrice n'a pas assez de lait pour les besoins de l'enfant. Faut-il administrer alors du lait de vache en supplément? Quelques auteurs pensent que ce mélange de deux laits est préjudiciable. M. Henning a toujours vu, au contraire, que l'enfant supportait mieux le lait de vache quand, après lui avoir donné le sein, on finissait par apaiser sa faim avec le biberon.

Après le cinquième mois, surtout au moment de la première dentition, l'auteur donne à l'enfant au milieu du jour, et plus tard encore le matin, du bouillon pur qui, par les sels qu'il contient, favorise la formation des os. Si le nourrisson ne voulait pas prendre du bouillon, on ajouterait un œuf à l'eau ou au lait qu'il boit, en suivant les préceptes que nous donnons plus bas. Ce n'est qu'après la sortie de six dents, pas avant, que l'auteur permet l'administration d'orge ou de biscuits pulvérisés sous forme d'une purée assez étendue pour pouvoir être prise au biberon.

Œuf. — Les œufs peuvent remplacer le lait dans l'alimentation des nouveau-nés, surtout si ces derniers ont de la tendance à la diarrhée.

Dans la première semaine de la vie l'auteur a trouvé d'une digestion très-facile le mélange suivant : eau bouillie, 200 grammes, qu'on laisse refroidir à 37° c, et que l'on bat alors avec un blanc d'œuf frais. On peut rendre cette boisson plus agréable en y ajoutant un peu de sel ou un peu de sucre. Plus tard on additionne ce mélange d'une cuillerée à café d'un jaune d'œuf cru, et peu à peu on arrive à ajouter le jaune tout entier.

Quand l'enfant a des vomissements ou de la constipation, on augmente la quantité d'eau. Enfin, si l'on peut avoir du lait, on peut couper le mélange d'un quart à trois quarts de lait, suivant l'âge et le goût de l'enfant, pour arriver à donner du lait pur.

Pendant la dentition, il est bon de donner au nourrisson, deux ou trois fois par jour, du bouillon additionné d'œufs, sans médicaments.

(*Lyon médical.*)

De la respiration artificielle dans l'apoplexie. — Dans un récent numéro de la *Gazette d'Italie*, le Dr Corso, professeur adjoint de physiologie à Florence, recommande l'usage de la respiration artificielle dans les cas d'apoplexie foudroyante et de compression du cerveau par hémorrhagie ou autres causes. Son point de départ a été un cas rapporté dans la même feuille, cas dans lequel le Dr Despalles, de Bruxelles, a employé avec succès les inhalations d'oxygène, dans un cas d'apoplexie avec hémiplégie. La sensibilité et le mouvement sont revenus en quatre heures.

Le Dr Corso prétend que la respiration artificielle a été pour la première fois employée dans l'apoplexie dans le laboratoire du professeur Schiff, et cite l'opinion exprimée par cet auteur, dans ses leçons sur le système nerveux, publiées en 1866. Il est d'avis que, dans les cas d'apoplexie foudroyante, produits par la paralysie de la moelle allongée, la respiration artificielle doit être employée, et jamais la phlébotomie.

En 1871, Schiff a également prouvé, par de nombreuses expériences sur les animaux, que le moyen le plus certain de prévenir la mort, conséquence de la compression du cerveau, consiste à pratiquer la respiration artificielle.

L'explication de ce fait est que la cause immédiate de la mort tient à la paralysie des centres respiratoires, par la compression de la moelle allongée, et à la non-oxygénation du sang. L'avantage que réalise la respiration artificielle sur l'inhalation d'oxygène, c'est que la première diminue la pression du sang dans les vaisseaux intra-crâniens, et diminue, par là, les tendances à une nouvelle hémorrhagie.

A l'appui de cette manière de voir, le Dr Corso rapporte le premier cas dans lequel il a fait usage, dans l'espèce humaine, de ce mode de traitement.

Il s'agit d'une dame qui, étant tombée à la renverse, se donna une fracture du crâne. Lorsqu'il la vit, elle était cyanosée; sa respiration était courte et faible; le pouls était lent et irrégulier. La mort paraissait imminente.

La respiration artificielle fut aussitôt pratiquée, et continuée pendant 20 minutes. Sous son influence, l'action du cœur se réveilla, la respiration se rétablit, et la connaissance revint. Le rétablissement, toutefois, ne put être obtenu, et la malade succomba 15 jours après l'accident aux suites de l'hémorrhagie cérébrale et de la fracture. Le Dr Corso pense que s'il ne s'était pas produit des lésions incurables, la malade n'aurait pas succombé, et que la respiration artificielle eut donné au cerveau et à la moelle allongée le temps de revenir à leur état normal, par le fait seul de l'éloignement d'un danger immédiat.

Il est incontestable que la respiration artificielle peut être employée avec avantage dans un grand nombre de conditions où le coma est occasionné par la compression du cerveau, et aussi dans celui qui est la suite de l'action de l'opium ou des boissons alcooliques.

J'en dirai autant des cas connus sous le nom d'apoplexie congestive. Mais il est douteux que ce mode soit bien efficace lorsque l'hémorrhagie cérébrale offre un degré marqué de gravité. La crainte d'augmenter l'hémorrhagie fera souvent hésiter à l'adopter, jusqu'à ce qu'il soit bien démontré que l'action du cœur ne sera pas susceptible d'accroître la pression des artères du cerveau, et de troubler le repos dans lequel semble résider toute chance de salut dans la plupart des cas. La difficulté de poser un diagnostic exact sera aussi un embarras dans l'application générale de cette méthode, excepté lorsqu'elle pourra fournir la seule chance d'obvier à une mort immédiate. (Traduit de *The Lancet*.)

Anasarque compliquée d'œdème du poumon, d'œdème de la glotte et d'albuminurie. — *Emploi du Jaborandi. — De l'influence de ce remède sur la guérison*, par M. le Dr Gros, professeur à l'École de médecine.

Dans ces derniers temps, on a beaucoup parlé du Jaborandi. L'observation suivante, empruntée à l'*Alger médical*, mérite d'être reproduite en raison des résultats vraiment remarquables obtenus par l'emploi de ce médicament :

Le plus actif des diaphorétiques actuellement connus est le Jarabondi, et son action paraît avoir eu la plus grande part dans la guérison d'un de nos malades. Voici l'observation prise par M. Mertz, interne du service de la clinique médicale :

Le sieur M... (Jean), cordonnier, âgé de 45 ans, entre, le 26 mars 1875, à l'hôpital de Mustapha, salle Saint-Jean, pour s'y faire soigner d'un œdème des malléoles et d'un ecthyma siégant aux deux jambes. (Fer réduit ; vin de quinquina, 125 gr.)

Le lendemain de son entrée, nous constatons un peu d'albumine dans les urines; à l'examen microscopique, on ne trouve pas de cylindres. Le malade nous assure qu'il ne s'est pas refroidi, et qu'il n'a pas remarqué de variations dans la couleur ni dans la quantité de ses urines. L'examen du cœur ne fait entendre aucun bruit anormal; les bruits sont faibles, mais réguliers; le malade n'est pas sujet aux palpitations, et n'a jamais eu des troubles du côté de la circulation. Il n'a pas eu la syphilis et ne s'est point adonné à l'ivrognerie.

(Même traitement; de plus : potion avec 40 grammes d'alcool.)

L'œdème des malléoles augmente peu à peu et s'étend aux jambes et aux cuisses; bientôt survient une dyspnée qui s'aggrave de jour en jour. Le malade passe ses nuits assis au pied de son lit sans pouvoir se coucher. L'auscultation fait entendre dans ses poumons des râles sous-crépitants fins. L'albumine des urines est très-abondante.

Le 3 avril, nous ajoutons au traitement précédent 4 grammes de Jaborandi infusés dans 250 grammes d'eau : à prendre tous les matins.

Une demi-heure après l'ingestion du remède, survient une transpiration des plus abondantes et une salivation que l'on peut estimer à un demi-litre.

Le 7, au matin, nous trouvons le malade cyanosé; ses extrémités sont glacées; il a de l'orthopnée; les inspirations sont

pénibles, convulsives, comme dans l'œdème de la glotte; la suffocation devient imminente. On continue le Jaborandi, la potion alcoolique, le vin de quinquina, on ordonne de couvrir le thorax de ventouses sèches. (25 grammes d'eau-de-vie allemande.)

Cette médication amène un peu de soulagement, mais le lendemain, 8 avril, le danger subsiste toujours. (Même traitement, moins l'eau-de-vie allemande).

Le 9, on constate une amélioration qui s'accentue davantage les jours suivants. (Jaborandi, vin de quinquina, potion alcoolique.)

Le 12, on ajoute au traitement 60 grammes de vin scillitique. A partir du 20, la respiration devient facile, et, le 26 avril, l'anasarque et l'œdème pulmonaire ont disparu; la respiration est normale, les urines ne renferment plus d'albumine. On continue néanmoins le Jaborandi jusqu'au 1er mai. A partir du 5 mai, on cesse le vin scillitique, et le malade ne prend que le vin de quinquina et la potion alcoolique. Il sort, le 11 mai, entièrement guéri.

(*Art médical.*)

Corps étranger à la partie supérieure de l'œsophage.

Un célèbre chirurgien disait un jour, en parlant des corps étrangers trouvés dans les organes génitaux: «Imaginez ce que vous croirez de plus inimaginable, et vous serez encore au-dessous de la vérité.» Je crois qu'on pourrait en dire autant des corps étrangers des voies digestives.

Tout Paris a parlé dernièrement de l'homme à la fourchette. Voici un fait non moins curieux et non moins invraisemblable:

Le 15 juillet dernier, au matin, je fus appelé à la prison de la ville pour visiter un prévenu qui depuis son arrivée, le 12 au soir, avait refusé de prendre toute espèce de nourriture, disant qu'il avait mal à la gorge et que les aliments ne pouvaient pas passer. Le troisième jour, pressé de questions, il finit par raconter au gèôlier qu'un peu avant son arrestation, il avait mangé des champignons à contre-cœur, et que, voulant se faire vomir, il avait enfoncé dans sa gorge une paire de lunettes qui lui avaient brusquement échappé et s'étaient arrêtées dans l'arrière-gorge; il les sentait parfaitement, disait-il, dans les mouvements de déglutition. Le gèôlier, fort étonné et croyant à une mystification, alla conter le fait au juge d'instruction qui ordonna l'examen du prévenu par le médecin de la prison. Celui-ci étant absent, on vint me quérir, et voici dans quel état je trouvai notre homme à mon arrivée: Le cou était entouré d'une cravate de laine tellement serrée qu'elle avait tracé autour de lui un sillon rouge, fort douloureux, paraît-il, à la pression; la langue était large, très-blanche, et l'haleine un peu fétide; de temps en temps le malade faisait des efforts assez pénibles pour rejeter quelques crachats sanguinolents. L'examen de l'arrière-bouche était négatif; la coloration de la face était normale, et il n'y avait pas de fièvre.

J'interrogeai le patient, qui me raconta mot à mot ce qu'il avait déjà dit au gèôlier. J'introduisis alors l'index de la main gauche le plus profondément possible, et je pus arriver, non sans grande peine, sur un corps dur et un peu pointu. Je pris une pince à pansements, et, la conduisant sur mon index, j'essayai d'arriver sur le corps étranger. Mais l'introduction du doigt et de la pince donnait lieu à des efforts de vomissement tellement violents, que je dus bientôt renoncer à ce moyen. Je me servis alors du panier de Graefe, et, après quelques tentatives, je pus faire passer l'instrument en arrière du corps étranger; je le retirai alors avec précaution, et je l'accrochai tout à fait à sa partie inférieure. Après quelques tractions légères, j'amenai au dehors une paire de lunettes entourée de mucosités sanglantes; elle avait séjourné trois jours à la partie supérieure de l'œsophage sans déterminer d'autre accident qu'une gêne considérable de la déglutition.

Le lendemain, le malade accusait un mal de gorge assez violent et un embarras gastrique qui céda promptement à un purgatif énergique. Aujourd'hui le malade peut manger et ne conserve plus de son accident que le souvenir.

(*Union médicale.*)

Sur l'emploi de l'arnica dans le traitement de l'orchite.

Je serais heureux si je pouvais disposer d'une petite place dans ce journal, pour dire quelques mots sur un traitement de l'orchite que j'emploie avec succès depuis quelques années.

Ce traitement consiste : 1° dans l'application plus ou moins continuée (pendant le temps que le malade conserve le repos) de lotions de teinture d'arnica étendue d'eau (une partie de la première, pour six de la dernière) sur l'organe affecté : 2 dans une friction, au moyen d'une embrocation composée du tiers ou même de la moitié de teinture d'arnica dans un liniment huileux, deux ou trois fois par jour le long du trajet du cordon spermatique ; 3° dans l'administration à l'intérieur de 7 gouttes de teinture d'arnica combinées (s'il existe de la fièvre) avec 2 gouttes 1/2 de teinture de Fleming, d'aconit et d'acétate d'ammoniaque.

Ce simple traitement, d'après mon expérience personnelle, procure généralement la guérison au malade en moins de quinze jours. En usant de notre remède à de telles doses, il y a peu de danger d'occasionner une irritation de l'enveloppe cutanée. Mais, il faut bien le reconnaître, s'il est certaines peaux qui peuvent supporter, sans inconvénient, pendant un temps considérable, une semblable application de la teinture d'arnica, il en est d'autres qui sont douées d'une sensibilité inconcevable dans l'action de ce médicament. Nous devons, en conséquence, nous tenir sur nos gardes, en cas où viendrait à se produire une inflammation érysipélateuse.

Je ne puis pas, pour des raisons fort claires, fournir ici des observations; mais j'en dis suffisamment pour engager les lecteurs de ce journal à essayer de l'arnica dans le traitement de l'orchite. En agissant de la sorte, je puis leur assurer qu'il n'auront pas lieu de se repentir d'avoir essayé de cette médication.

H. G. Knaggs.

(Traduit de *the Britisch medical Journal.*)

Le mal de dents calmé par le bicarbonate de soude. — Le docteur Duckworth (de Saint-Bartholomew's hospital) a employé avec succès contre le mal de dents le bicarbonate de soude, en applications locales, dans les circonstances et d'après les données théoriques suivantes :

L'auteur pense que souvent la douleur dentaire est produite par le contact d'une salive acide sur une dent cariée, et qu'il serait important d'essayer dans les cas d'odontalgie la réaction de la salive afin de guider plus sûrement sa thérapeutique; lorsque en effet la salive est acide, souvent on pourrait obtenir d'un simple pansement alcalin, des effets que ne donnent pas d'autres moyens en apparence plus puissants. Le fait suivant vient à l'appui de ces idées :

Un jeune garçon souffrait de vives douleurs provenant d'une molaire cariée : des onctions de chloroforme sur la joue du côté malade étaient restées sans succès, ainsi que des instillations de chloroforme dans l'oreille; on avait aussi en vain essayé des pansements avec les bourdonnets de coton trempés dans du chloroforme et introduits dans le trou de la carie; des pansements semblables avec l'acide phénique s'étaient aussi montrés impuissants : c'est dans ces conditions que l'on employa les pansements avec le bicarbonate de soude. Les bourdonnets de coton, avant leur introduction dans la dent cariée, furent trempés dans une solution aqueuse de sel de soude (2 grammes de bicarbonate pour 30 d'eau) et la douleur se calma très-rapidement. (*The New-York med. Record.*)

Mort subite causée par une injection de perchlorure de fer. — On lit dans le *Britisch medical Journal* du 26 juin, une observation où un nœvus de la paupière supérieure traité par une injection de quelques gouttes de perchlorure de fer, détermina la mort instantanée du patient qui tomba foudroyé. Ces malheurs ne sont pas exceptionnels, ils sont dus à la communication rapide entre les vaisseaux injectés et les branches colla-

térales, surtout dans le voisinage d'un organe essentiel. Il faut donc lorsqu'on fait usage d'un pareil procédé opératoire, être bien assuré de pouvoir limiter la marche et la propagation de l'injection, soit en agissant sur des régions éloignées du centre respiratoire, tels sont les membres, soit lorsqu'on a la certitude d'arrêter par une compression les effets du liquide injecté.

Electrothérapie. — L'électrothérapie combinée avec le traitement hydrothérapique donne des résultats surprenants dans les paralysies anciennes, les névralgies des organes internes.

Que de malades autrefois abandonnés et condamnés à demeurer infirmes pendant des années, recouvrent à cette heure l'usage de leurs membres ou voient se rétablir une fonction perdue, telles que l'ouïe, la voix, la vue!

L'éclampsie, la catalepsie, l'hystérie trouvent dans les courants électriques bien des fois une guérison et toujours un soulagement!

Tout récemment, une servante âgée de 28 ans, atteinte depuis 15 mois d'une *gastralgie* intense avec des crises qui la forçaient à se traîner par terre, réclamait mes soins. Elle avait subi déjà une longue médication pharmaceutique, mais sans résultat et elle était sur le point de quitter le service lorsque son maître me l'adressa. Un mois de traitement à l'électricité (faradisation) à une séance par jour suffit à la guérir radicalement; les premières séances l'avaient considérablement soulagée.

Les tumeurs, adénites cervicales ou autres, peuvent subir par l'électricité des modifications encore plus rapides. Un malade qui m'avait été adressé pour une adénite (spécifique) à l'aine droite, datant de deux mois et mesurant 12 cent. sur 5, très-douloureuse au toucher et obligeant le malade à venir me voir en voiture, céda à vingt séances d'électricité.

Dans un grand nombre de maladies, la guérison s'obtient ainsi très-rapidement.

(*Sud médical.*)

Du lavement froid; son action physiologique et son emploi thérapeutique dans la fièvre typhoïde.

M. le Dr Foltz vient de faire paraître dans le *Lyon médical* une étude intéressante sur le lavement froid. Il montre que des lavements froids à 8 degrés à l'état physiologique font abaisser et le pouls et la température; la quantité d'eau à administrer doit être de 1 litre pour un adulte, d'un demi-litre pour un jeune sujet et d'un quart de litre pour un enfant. Quant à la température du lavement, M. Foltz a remarqué que le lavement de 10 à 20 degrés fait baisser le pouls de 6 pulsations : que de 20 à 30 degrés il se ralentit de 3 pulsations; enfin de 30 à 38 degrés il peut encore ralentir la circulation de 1 ou 2 pulsations. Voici d'ailleurs les conclusions de M. Foltz :

1° Le lavement froid a une action physiologique locale et générale;

2° L'action locale consiste en une sensation de fraîcheur suivie de contraction intestinale;

3° L'action générale produit le ralentissement du pouls, la diminution de la température animale et la sédation du système nerveux. Elle apaise la soif, stimule l'appétit et augmente les sécrétions;

4° Cette action rafraîchissante, sédative et tonique, reste la même, quant à sa nature, pour tout lavement dont la température est au-dessus de 38 degrés; mais elle est d'autant plus intense et durable, qu'il est plus froid et plus abondant;

5° Les indications thérapeutiques du lavement froid sont extrêmement nombreuses; il convient par son action locale dans les maladies de l'abdomen et par son action générale dans les maladies fébriles. A ce double titre, il est indiqué et il réussit, comme remède principal, dans la fièvre typhoïde.

(*Lyon médical.*)

BIBLIOGRAPHIE.

De l'urine et de ses altérations pathologiques, etc., par le Dr G. Harley; traduction du Dr F.-L. Harn, chez Adrien Delahaye, éditeur.

Ce serait à tort que, d'après son titre, l'on considérerait cet ouvrage comme consacré surtout à l'urologie. La partie thérapeutique y est aussi largement traitée. A ce titre même, nous devons recommander spécialement à l'attention de nos lecteurs, les chapitres consacrés par l'auteur à l'étude de la gyclosurie et de l'albuminurie.

Le Dr Harley a reproduit, dans ce volume, les leçons qu'il a faites pendant une période de dix années. Il a cru devoir insister fortement sur les notions fournies par la chimie, tant physiologique que pathologique, en raison de l'importance des applications de cette science au diagnostic et au traitement des maladies locales et générales.

On trouvera, dans cet ouvrage, des renseignements précieux sur l'urée, l'acide urique, l'acide hippurique; sur la diathèse oxalique, sur la cholestérine, etc.

Aux médecins praticiens, nous recommandons encore une fois la lecture des importants chapitres consacrés à l'étude de la glycosurie et de l'albuminurie. La leçon qui a trait à cette dernière affection surtout est digne du plus grand intérêt.

On trouve, au point de vue thérapeutique, des données très-instructives et éminemment pratiques. Bornons-nous à signaler le traitement par les diaphorétiques, les diurétiques, par les préparations ferrugineuses, par le lait écrémé. L'auteur attire spécialement l'attention sur l'emploi de l'acupuncture, qui rend les plus signalés services, dans la forme hydrorganique de l'albuminurie. Dans la pratique de cette petite opération, il préfère à tout autre instrument l'aiguille creuse en acier, qu'il engage assez avant dans le tissu cellulaire, où il la laisse pendant une ou plusieurs heures. Dans un cas, il a pu retirer, par ce moyen, jusqu'à 1,850 gr. de liquide.

Dans notre opinion, et sans parler des renseignements urologiques précieux que fournit cet ouvrage, les deux dernières leçons contiennent sur le diabète et l'albuminurie des enseignements si pleins d'intérêt et surtout si pratiques, que nous pouvons, en conscience, engager nos lecteurs à faire acquisition de ce petit volume, leur donnant l'assurance qu'ils n'auront pas lieu de se repentir de leur acquisition.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 août 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Choléra (fin de la discussion). M. Jules Guérin : On sait aujourd'hui que les épidémies du Havre et de Rouen ont éclaté simultanément dès le commencement d'août. L'explosion de l'épidémie de Paris était considérée, jusqu'à ce moment, comme postérieure à celle de ces deux centres.

(Suit l'exposé de documents qui ont été communiqués à M. Guérin par M. Cazalas, inspecteur général et président du conseil de santé, et qui, par leur caractère précis, lui paraissent jeter un nouveau jour sur cette origine.)

Il n'y a eu, selon M. Cazalas, ni importation ni exportation; mais les 115e et 117e de ligne et le 22e bataillon de chasseurs à pied qui ont fourni plus particulièrement les malades étaient placés directement sous le vent d'un dépotoir : ce sont eux aussi qui ont fourni avant les cas de choléra des diarrhées et dysentéries avec tendance au refroidissement.

Ces faits, qui réunissent dans un cadre étroit et dans un espace de temps très-court

toutes les bornes et tous les degrés de l'évolution cholérique antérieurs de quatre à cinq jours aux cas de choléra authentiques du Havre et de Rouen, antérieurs de plus d'un mois à l'explosion caractérisée de Paris, aux portes duquel ils se sont manifestés, ne sont-ils pas tout à la fois la preuve incontestable de l'existence de la même constitution cholérique dans ces trois centres, de leur action simultanée sur chacun d'eux, et la preuve désormais indiscutable que les épidémies du Havre, de Rouen et de Paris se sont développées indépendamment l'une de l'autre et sans le secours d'aucune importation ?

Quels que puissent être l'imprévu et la gravité des conclusions auxquelles ces faits conduisent fatalement, je n'ai aucune raison de les dissimuler : je les exprime, au contraire, sans la moindre réticence.

Scientifiquement, ils ouvrent à la pathologie une série de points de vue nouveaux sur le travail évolutionnaire du choléra ; sur les formes diverses et les degrés divers liés à cette évolution, sur la nature spéciale des diarrhées dites saisonnières considérées comme travail initial et préparatoire de la constitution cholérique ; s'arrêtant dans certaines années à ses premières ébauches ; dans d'autres évoluant graduellement sous la forme de diarrhée cholériforme, de choléra infantile, de choléra sporadique ou nostras, et arrivant, sous l'empire de circonstances étiologiques plus arrêtées, à sa forme la plus grave et la plus caractérisée, au choléra épidémique. Je l'ai dit à l'origine de cette discussion, c'est l'embryogénie du choléra substituée au choléra tout fait.

Pratiquement, c'est la réforme générale de toutes les mesures sanitaires, la suppression de toutes les entraves au commerce, à l'industrie, aux relations internationales ; entraves reconnues par l'expérience comme tout à fait stériles, et rendues illusoires, si ce n'est entièrement impossibles par les communications constantes des chemins de fer.

C'est en outre l'institution à formuler d'un système nouveau de prophylaxie basé tout à la fois sur les phénomènes précurseurs des épidémies et sur les avertissements plus directs de la maladie individuelle : prophylaxie protectrice mais non vexatoire de la liberté.

M. Barth demande la clôture de la discussion, parce que, suivant lui, ces débats ne peuvent pas aboutir, certaines personnes ne voulant pas être convaincues et fermant volontairement les yeux à la lumière.

M. le Président met aux voix la clôture de la discussion, qui est prononcée.

Séance du 24 août 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la quatrième section des correspondants nationaux.

La commission propose : en première ligne, M. Jacquemin (de Nancy ; en deuxième ligne, M. Loir (de Lyon) ; en troisième ligne, M. Malapert (de Poitiers).

Le nombre des votants étant 27, dont la majorité est 14, M. Jacquemin obtient 25 suffrages, M. Malapert, 2 ; en conséquence, M. Jacquemin est proclamé membre correspondant.

L'asphyxie par l'écume bronchique ou angiairaphrosie. — Suivant M. Piorry, l'angiairaphrosie ou asphyxie par l'écume bronchique n'est le plus souvent qu'un épiphénomène d'une multitude de lésions, mais il constitue par lui-même un état organopathique spécial. Cette maladie se diagnostique par l'auscultation à distance, qui consiste à approcher l'oreille de la bouche et de la narine du malade, afin de constater si dans l'angiaire il ne se manifeste pas un ronchus plus ou moins profond. On emploie aussi, pour la diagnose, l'auscultation médiate et le plessimétrisme, qui permettent de constater, soit par les diverses qualités des bruits perçus par l'auscultation, soit par les différences de sono-

rité de la poitrine, l'existence de mucosités, plus ou moins épaisses ou visqueuses, obstruant les bronches.

A mesure que les mucosités s'accumulent, la coloration des traits du malade s'altère de plus en plus; elle devient surtout plus foncée aux lèvres; plus tard les forces diminuent; le pouls faible, devient irrégulier, le refroidissement survient, et l'*hypoxémie*, de plus en plus marquée, se déclare; l'expectoration est de plus en plus difficile, et il arrive enfin, plus ou moins promptement que *l'anoxémie* a lieu et termine l'existence du malade.

Le *thérapisme* consiste avant tout à chercher à remédier aux états organopathiques qui ont amené la complication dont il s'agit; ensuite, pour traiter cette complication elle-même, il convient de recommander au malade de faire de très-grandes inspirations, suivies immédiatement d'une toux rendue plus énergique et dirigée de manière à provoquer l'expectoration; l'abaissement de la tête, penchée sur la poitrine, favorise singulièrement la sortie des crachats. C'est surtout lorsque le malade sent que les crachats provoquent le besoin de les rendre et qu'il réussit mal à les rejeter au dehors qu'il convient d'agir ainsi, pour obtenir la sortie de ces liquides. Le médecin doit imposer son autorité lorsque les forces et la volonté des malades sont défaillantes, et il parvient ainsi quelquefois à reculer de plusieurs jours la terminaison funeste.

Pour prévenir l'accumulation des liquides dans une partie des voies de l'air, il est urgent de faire coucher le malade sur le côté opposé de la poitrine; si les crachats sont très-visqueux et très-épais ou desséchés, il faut faire des inhalations de vapeurs aqueuses ou faire fumer des cigarettes de *datura stramonium*, ou autre narcotique; lorsque les crachats sont très-liquides, rien n'est plus utile que de faire respirer un air sec et chaud.

Dans les premiers temps, les émétiques et les purgatifs peuvent être employés avec avantage, en vidant le tube digestif des matières gazeuses, liquides ou solides qu'il contient.

Il faut aussi recourir aux inhalations de gaz oxygène, à la titillation du pharynx et du haut de l'œsophage, ou même à l'introduction d'une sonde dans ce conduit; restent enfin les moyens demi-chirurgicaux dans les cas extrêmes : aspiration des liquides à l'aide d'une pompe introduite dans la trachée, trachéotomie, etc. On emploie ces moyens à l'imitation des vétérinaires qui combattent chirurgicalement par la ponction abdominale le météorisme chez les animaux, ce que la médecine humaine ne peut guère se permettre dans des cas analogues.

M. Bouley dit que la ponction abdominale peut parfaitement être employée chez l'homme dans les cas de météorisme. Il ne voit pas pourquoi on n'essayerait pas ainsi de sauver la vie à des malades qui asphyxient, et pourquoi on ne ferait pas bénéficier la médecine humaine des avantages que la médecine vétérinaire retire tous les jours de cette opération.

M. Hardy fait observer qu'il existe une différence entre le météorisme essentiel des animaux et le météorisme chez l'homme. Ce dernier est le plus souvent consécutif à un arrêt des matières fécales, invagination, nœud de l'intestin, etc. La ponction ne réussit que dans les cas de météorisme essentiel; elle échoue fatalement lorsque la cause est une occlusion intestinale.

M. Bouley répond que la ponction, même dans le cas de météorisme dû à l'occlusion, permet de gagner du temps et de remplir les autres indications.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX.

Anneau pessaire. — M. Dumontpallier présente un anneau pessaire qui est une modification de celui des Meigs, de Philadelphie, et qui présente de grandes analogies avec le pessaire déjà présenté cette année à la Société par M. Gairal, de Carignan. Ce pessaire anneau est composé d'un ressort de montre très-souple, très-élastique, entouré d'une enveloppe en gutta-percha. De la sorte il a obtenu un

anneau pessaire d'une très-grande souplesse et qui, quelque forme qu'on lui donne par la pression, revient toujours à sa forme circulaire primitive. Il en résulte que cet anneau peut être introduit avec une grande facilité. De plus, quand il a été mis en place, sa souplesse lui permet de se modeler sur les parties avec lesquelles il est en rapport. Il ne gêne par conséquent ni le rectum, ni le bas-fonds de la vessie. La souplesse de cet anneau lui permet aussi de changer passagèrement de forme, sur l'un ou l'autre des points de sa circonférence; mais son élasticité

lui rend sa forme circulaire aussitôt que la pression périphérique a disparu. Cette pression périphérique varie à l'infini suivant l'état de vacuité ou de déplétion des réservoirs du petit bassin, et suivant les différents mouvements des malades. Cet anneau pessaire est peu coûteux, son prix est de 2 fr. 50 à 3 francs. Il trouve son application dans tous les déplacements utérins.

M. Dumontpallier a appliqué ce pessaire dans un très-grand nombre de cas et toujours avec le plus grand succès. Son introduction se fait sans que la malade en ait conscience. Son action contre le déplacement utérin est des plus efficaces.

MÉLANGES ET FAITS DIVERS.

Prix. — La Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire met au concours la question suivante: « *De l'Anémie chez les Mineurs.* »

La Société décernera un prix de la valeur de 800 francs, au mois de décembre 1876, à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur ce sujet.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, porteront une épigraphe reproduite dans un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de leur auteur. Ils devront être parvenus avant le 30 septembre 1876, à M. le docteur Sautereau, secrétaire de la Société, rue Traversière, 6, à Saint-Etienne (Loire).

Sociétés de Secours Mutuels. — Les médecins doivent à leur ineptie, à leur défaut absolu d'entente, l'exploitation honteuse dont ils sont victimes, et dont aucune autre catégorie sociale ne se laisserait souiller; ils consentent à se mettre à la discrétion des Sociétés diverses, pour un salaire que n'accepterait pas le dernier des goujats, au lieu de sauvegarder leur indépendance et leur dignité en donnant volontairement et gratuitement leurs soins et leurs conseils dès qu'ils ne peuvent pas être honorés convenablement.

M. le Dr Francisque Garnier envoie, en conséquence, sa démission à un Président

ɜ ces sortes de sociétés, qui thésaurisent ux dépens de certains médecins.

Les médecins s'illusionnent en croyant ue le titre de médecins de ces sortes de ociétés leur amènera une clientèle lucrave; ils se trompent; leur jeunesse se ɜpense en vain espoir, mais c'est souvent op tard quand ils s'en aperçoivent.

Je possède une foule de lettres confidenelles à ce sujet. Un de nos plus illustres rofesseurs, démissionnaire d'un bureau ɜ charité, me disait que les dames de la aute société lui adressaient des malades auvres, mais ne le consultaient jamais our elles-mêmes. Un autre confrère, auurd'hui âgé de 60 ans, instruit et zélé, ui traite tous les clients pauvres avec cette onscience et ce dévouement auquel ne oyait pas l'archevêque de Paris Dubel-ɜ, qui prévenait son médecin Bouvard ɜ ne pas le traiter comme tous ces gueux ɜ l'Hôtel-Dieu. « Monseigneur, lui répliua Bouvard, tous mes malades de l'Hôtelieu sont des cardinaux pour moi, et vous 'êtes qu'un archevêque. » Mon déjà vieux onfrère m'avoue avoir perdu ce qui lui ɜtait de riches clients, pour leur avoir onné des poux, en revenant d'auscuiter vec soin des clients gratuits plus sales ue malheureux.

(*Journal des Connaissances médicales.*)

Fécondité. — Un cas de fécondité ɜez rare s'est produit la semaine derière au hameau des Bélordes, commune ɜ Pers (Loiret) : La femme Mathurin hanvot, âgé de 42 ans, qui avait déjà eu ix enfants, dont trois sont morts, est acouchée le lundi 26 juillet d'un garçon et, ɜ lendemain mardi, de deux autres gavons bien conformés et bien portants.

Jusqu'à ce jour la mère et les enfants se ortent bien.

Sages-femmes russes. — Parmi ɜs femmes qui suivent, cette année, les ours professés à l'usage de leur sexe à 'académie médico-chirurgicale de Saint-'étersbourg, le *Nowosti* cite deux paysanɜs, deux sœurs du cercle de Schazk, ouvernement de Tambow, qui exerçaient dans cette localité la profession de sage-femme. Quand elles se décidèrent à entrer à l'académie, elles se mirent à étudier avec la plus vive ardeur les matières du programme nécessaire pour passer l'examen d'admission. Elles travaillèrent pendant deux ans sans aucun secours étranger, pour être en état de subir cette épreuve difficile. Ce qui prouve encore leur force de volonté, c'est qu'elles ont fait à pied, dit le journal, le trajet de Schazk à Saint-Pétersbourg.

Asile public d'aliénés de Bron. — Lundi 2 août a eu lieu l'installation, par le préfet du Rhône, d'une partie du personnel de l'asile de Bron et qui se compose de MM. le docteur Arthaud, directeur, médecin en chef; le docteur Dufour, médecin adjoint résidant; Dewilkonski, receveur-économe; Fea, élève interne; Micouleau, secrétaire de la rédaction; Moulin, commis de l'économat : quatre religieuses hospitalières, quelques infirmiers et les employés subalternes.

La commission de surveillance, installée en même temps, est constituée par MM. Bernard, maire de Bron; Dalin, juge de paix, ancien membre du conseil général; Meaudre, juge au tribunal civil; Gouthe-Soulard, vicaire général du diocèse; Morin-Pons, banquier.

Le premier convoi, composé de vingt-cinq aliénés, précédera une série d'autres convois jusqu'à concurrence de 450 hommes tous valides, qui formeront une colonie de travailleurs qui hâtera l'achèvement de ce bel asile, quelque peu délaissé depuis deux ans. (*Lyon méd.*)

Choléra. — Les journaux autrichiens annoncent que le choléra vient d'éclater à Odessa.

En Asie-Mineure, l'épidémie prend des proportions inquiétantes. Depuis la fin de juin, elle sévit à Damas, Hama, Antioche. A Damas, à la fin de juin et dans les premiers jours de juillet, on comptait, suivant le journal grec *Néologos*, une moyenne de 20 à 30 cholériques par jour.

Procédé pour faire disparaître les tâches produites par le nitrate d'argent. — Un abonné de l'*Abeille médicale* fait connaître le procédé suivant :

On place dans une soucoupe quelques centigrammes d'iode métallique, on verse quelques gouttes d'ammoniaque, et, à l'aide d'un pinceau ou simplement du doigt, on badigeonne les taches ; celles-ci disparaissent aussitôt, quelles qu'en soient l'étendue et l'ancienneté.

Il faut avoir soin de détruire le mélange, qui n'est autre que l'*iodure d'azote*, corps essentiellement détonant lorsqu'il est sec.

Ce procédé est bien supérieur et bien plus prompt que les lavages d'iodure et de cyanure de potassium, sans en avoir les inconvénients.

Crémation. — On lit dans le *Pungolo* de Milan : « Nous avons donc la crémation d'un cadavre humain, celui du chevalier Albert Keller. Milan sera le premier à appliquer une grande réforme sanitaire qui a, à cette heure, le suffrage des plus hautes illustrations de la science. La municipalité a décidé de faire les choses avec une certaine solennité. On a désigné déjà l'emplacement où sera construite la chapelle avec l'autel crématoire. Elle s'élèvera derrière le cimetière monumental en face de l'ossuaire et sera adossée au mur d'enceinte. Sur l'invitation de la junte, les plus illustres partisans de la crémation assisteront à la cérémonie. Nous citerons MM. Palasciano, de Naples ; le professeur Coletti, de Padoue ; Dujardin, de Gênes ; Musato, de Venise. La méthode de crémation adoptée est celle du professeur Polli, et de l'ingénieur Clericetti dans laquelle on emploie le gaz au lieu du charbon et du bois.

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — *Du* 20 *au* 27 *août* on a constaté 835 décès, savoir : variole, 5 ; rougeole, 19 ; scarlatine, 2 ; fièvre typhoïde, 11 ; érysipèle, 5 ; bronchite aiguë, 19 ; pneumonie, 27 ; dysentérie, 4 ; diarrhée cholériforme des enfants, 67 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 5 ; angine couenneuse, 8 ; croup, 9 ; affections puerpérales, 9 ; autres affections aiguës, 286 ; affections chroniques, 310 (dont 145 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 22 ; causes accidentelles, 27.

Du 27 *août au* 30 *septembre* 823 décès ainsi répartis : variole, 4 ; rougeole, 18 ; scarlatine, 0 ; fièvre typhoïde, 8 ; érysipèle 4 ; bronchite aiguë, 13 ; pneumonie, 26 ; dysentérie, 1 ; diarrhée cholériforme des enfants, 65 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 2 ; angine couenneuse, 6 ; croup, 12 ; affections puerpérales, 3 ; affections aiguës, 250 ; affections chroniques, 357 (dont 144 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 32 ; causes accidentelles, 21.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

P. Asselin lib., pl. de l'Ecole-de-Médecine.

Recherches expérimentales sur le mécanisme de la déglutition, par Louis Fiaux, docteur en médecine de la Faculté de Paris, *avec six figures*.

Adrien Delahaye et Cie, éditeurs.

Enseignement du laboratoire ou exercices progressifs de chimie pratique, par London Bloxane, professeur de chimie, à King's collége de Londres, etc., traduit de l'anglais par le Dr Darin. 1 vol. In-12, avec 89 figures intercalées dans le texte, 5 fr.

L'Ecole de Salerne avec la traduction burlesque du Docteur Martin. Nouvelle édition revue, par Philibert Le Duc, membre de l'Académie de Lyon, etc. 1 vol. petit in-8°, 3 fr.

Sarcocèle et phthisie cancéreuse, par le Dr G. M. Picard. In-8°, 1 fr. 50.

Hystéricisme et hystérie. Du sommeil histérique en particulier, par le Dr Espanet. In-8°, 1 fr. 50.

Des troubles psychiques qui peuvent se présenter dans le cours de la phthisie pulmonaire chronique, par le Dr Le Mat. In-8°, 1 fr. 50.

Recherches expérimentales sur l'action physiologique de la respiration d'air comprimé, par le Dr Ducrocq. In-8°, 1 fr. 50.

D'un phénomène stéthoscopique propre à certaine forme d'hypertrophie simple du cœur, par le Dr Exchaquet. In-8°, 2 fr.

Des causes anatomiques de la cataracte spontanée, par le Dr Chiray. In-8°, 1 fr. 25.

Shang-haï, au point de vue médical, contribution à la climatologie médicale, par le Dr Galle. In-8°, 2 fr.

Contribution à l'étude de la consanguinité, par le Dr Héliot. In-8°, 2 fr.

Du rhumatisme syphilitique, par le Dr Vaffier. In-8°, 2 fr.

De l'opportunité de l'anus artificiel dans les cas de tumeurs du rectum, par le Dr Richard. In-8°, 1 fr. 50.

Contribution à l'étude des métamorphoses et du dosage de l'acide urique, par le Dr Magniez de La Source. In-8°, 1 fr. 50.

Contribution à l'étude de l'hypertrophie de la prostate, par le Dr Zambianchi. In-8°, 1 fr. 50.

Recherches et extraction des alcaloïdes, découverte de la ptérocarpine, par le Dr Cazeneuve. In-8°, 2 fr. 50.

—

Au bureau du Journal.

Traité pratique du Rétroceps (forceps asymétrique), Par le Dr L. Hamon. — 1 vol. in-8, 8 fr. *franco.*

VARIÉTÉS.

De l'Eschole de Salerne.

avec la traduction en vers burlesques du Dr Martin.

Adductus non sit semper arsus.

Qui ne connaît, au moins de nom, les préceptes de la fameuse école de Salerne? Ces préceptes ont été mis en vers, et ce poëme Latin du moyen âge, traduit en toutes les langues n'a pas compté, depuis 1474 jusqu'à 1846, moins de 240 éditions. Il abonde en vers proverbiaux, nettement frappés, faciles à comprendre, et qui se gravent d'autant mieux dans la mémoire, qu'ils sont pourvus de rimes, et le plus souvent de rimes Léonines (1).

La *Schola Salernita,* composée en l'an 1100 par Jean de Milan, médecin à Salerne, fut offerte par lui au nom de tout le collége de cette fameuse école, à Robert d'Angleterre, lors de son passage en cette ville, à son retour de la Terre-Sainte.

Ce poëme est écrit en vers hexamètres et pentamètres, rimés pour la plupart. On pense qu'ils étaient tous rimés dans le texte primitif, et que ceux qui ne le sont pas aujourd'hui ont été déplacés, ou interpolés. Il a été traduit, ou plutôt paraphrasé en vers burlesques par un auteur, que l'on soupçonne être Guy Patin, le caustique *épistolier*, qui a cru bon de prendre le pseudonyme de Dr Martin. C'est ce singulier ouvrage, enrichi de deux suppléments, donnant au texte latin toute l'extension désirable, que M. Le Duc présente aujourd'hui à la curiosité du lecteur.

Pour donner une idée de cet ouvrage, si original, et si plein de préceptes judicieux relevons au hasard quelques vers empruntés soit au texte, soit à la traduction.

Le premier *chant* mérite d'être repro-

(1) Les vers Léoniens, empruntent leur nom à un moine de Saint-Victor, du nom de *Léon* ou *Leonius*, qui vivait au XIIe siècle. Ce religieux cultiva ce genre de versification, sans cependant l'avoir inventé.

Ces vers riment de trois façons : 1° par la dernière syllabe (*caudis consonantes*) ainsi que les vers français; 2° par la césure penthémimètre de deux pieds et demi, ou par les deux hémistiches. Ce sont les vers Léoniens proprement dits; 3° ils ont enfin à la fois ces deux espèces de rimes (*undique consonantes ventribus et caudis*). Ce sont les vers les plus riches.

(*Note de la rédaction.*)

duit dans son entier. Certes, on n'accusera pas son auteur de prolixité. Ce chant est constitué par *sept vers*. C'est bien le cas de le répéter : *multa in paucis*.

Advis généravx povr la conservation de la santé.

Parce mero; cœnato parum; non sit tibi vanum
Surgere post epulas; somnum fuge meridianum.
Ne mictum retine, ne comprime fortiter anum.
Curas tolle graves; irasci crede profanum.
Hæc bene si serves, tu longo tempore vives.
Si tibi deficiant Medici, Medici tibi fiant
Hæc tria : mens hilaris, requies moderata, diæta.

De la burlesque paraphrase, les vers suivants méritent d'être retenus : Texte latin :

Ne mictum retine, ne comprime fortiter anum.

Traduction libre :

Ne retien ny vent ny matiere,
Ny par devant ny par derriere.

Ab uno discite omnes.....

Nous en dirons autant du

Régime de l'amour.

AU PRINTEMPS.

Usus tunc homini veneris confert moderatus.

EN ÉTÉ.

.....Sit Venus extra.

EN AUTOMNE.

Profuit ac usus Veneris tibi tunc moderatus.

EN HIVER.

Et tunc venereus semel in mensem valet usus.

Le vent retenu.

Quatuor ex vento venunt in ventre retento :
Spasmus, hydrops, colica, vertigo; hæc res probat [ipsa.

Ces vers sont ainsi traduits :

Quatre maux peuvent suivre un vent que l'on com-[prime :
Spasme, enflure, colique et vertige..... Quel crime!

La rime est riche, mais *bone Deus!* quelle cheville !...

Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur un sujet si peu dans le caractère de cette *Revue*. Nous ne pouvons cependant nous résigner à prendre congé de cet ouvrage, si original, sans lui faire encore un emprunt.

Le Latin, dit le poète, *dans les mots brave l'hon-[nêteté.*

On va voir, par la traduction suivante

Que *le lecteur Français*, n'est pas bien *respecté!*

Honni soit qui mal y pense! Nous en demandons pardon à nos lecteurs, mais nous pensons que, une fois en passant, dérogeant à notre grave caractère, nous pouvons nous permettre cette petite... incartade. Les vers sont heureusement tournés. La pudeur il est vrai n'a pas gêné le poëte ; mais, à tout prendre, un poëme burlesque n'est pas une homélie.....

D'abord le Latin, qui a bien son mérite.

Préceptes scatologiques.

In die mictura viribus sex sit fruitura.
Tempore tali bis, vel ter, sit egestio ventris.
Non cesses mingens, si rex processerit tingens.
Antiquo more mingens pedis absque pudore :
Mingere cum bombis res est salubervima lumbis.
Non ventrem stringens, retines bombum veteratum;
Nam ventum retinens, nutris morbum veteratum.

Lecteurs français, qui voulez être respectés, maintenant obstruez vos oreilles...

Pissez six fois par jour, et dans le même temps
Rendez deux ou trois fois les plus gros excréments.
De péter en pissant ne faites pas mystère;
C'est un ancien usage aux reins fort salutaire.
Pratiquez-le sans honte, ou bien, dans l'intestin,
Reste un gaz malfaisant rapporté du festin.
En grande pompe un roi traversât-il la ville,
Occupé de pisser demeurez immobile.
Ta main, pressant ton ventre, empêchera souvent
Qu'il ne s'y loge à l'aise, et n'y séjourne un vent;
Aux replis d'intestin sa nuisible présence
D'un mal long et secret peut hâter la naissance.

. . . . . .

Bon et indulgent lecteur, êtes-vous gai convive? Savez-vous votre Brillant-Savarin? Citez-vous les vers de Colnet, de Berchoux, et les sonnets gastronomiques de Monselet? Nous vous recommandons de semer dans la conversation, quelques vers du cru Salernitain, entre la poire et le fromage.

Boîte aux lettres.

4120. — Dr Gél..., à Aig. d'Aun. — Reçu 13 fr. 50. — Passera au prochain numéro. — Annonces pharmaceutiques : s'adresser directement, rue de la Monnaie, 21.

Le Rédacteur en chef-gérant.
Dr HAMON DE FRESNAY.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (42e ANNÉE).

N° 19. — 1er OCTOBRE 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES

Service de M. DE SAINT-GERMAIN.

(*Suite*).

3° Affections des voies digestives.

a. CORPS ÉTRANGERS DU TUBE DIGESTIF. — 1° DANS L'ŒSOPHAGE. — *Si on sent le contact du corps dur, panier de de Græffe; si on ne le sent pas, provoquer les vomissements.* — Il est fréquent de voir les mères amener à l'hôpital, des enfants qu'elles disent avoir avalé une pièce de monnaie, un noyau, etc. M. de Saint-Germain a coutume en pareil cas de ne tenter aucune investigation de l'œsophage avant d'avoir fait avaler à l'enfant un gros morceau de mie de pain; si celui-ci passe, tout est dit; s'il est rejeté, cela indique que le conduit n'est pas perméable et démontre que les contractions faites par l'enfant pour avaler sont douloureuses : aussi est-il nécessaire de pratiquer le cathétérisme œsophagien : il se sert alors d'une de ces baleines terminées par une olive d'ivoire et qui servaient à Trousseau dans le cas d'œsophagisme : c'est la plus petite de la série des olives qu'il choisit tout d'abord et qu'il introduit le plus doucement possible.

S'il perçoit le choc du corps dur arrêté dans l'œsophage, il emploie alors le panier de de Græffe, mais en ayant soin de ne pas forcer s'il rencontre de la résistance.

Relativement au mécanisme suivant lequel on doit manœuvrer cet instrument, nous dirons qu'après lui avoir fait franchir l'obstacle, il faut le ramener vivement en haut de façon à expulser le corps étranger hors de la cavité buccale : c'est une pratique que nous avons entendu préconiser souvent par M. Giraldès et qui est le seul moyen de ne pas s'exposer à voir le corps du délit retomber par son propre poids dans les voies digestives.

Si le cathétérisme ne donne pas la sensation d'un corps dur, il y aurait danger à employer le panier de de Græffe qui pourrait produire une déchirure de la muqueuse œsophagienne (cette dernière coiffant et enchâtonnant selon toute probabilité le corps étranger). M. de Saint-Germain se contente alors de titiller l'œsophage, voire même l'estomac, de façon à provoquer des mouvements de régurgitation et des vomissements qui facilitent l'expulsion du corps étranger.

2° DANS LE TUBE INTESTINAL. — *Temporisation.* — Si le corps étranger a franchi l'orifice cardiaque, M. de Saint-Germain se prononce pour l'expectation. L'enfant présente-t-il quelques coliques, il prescrit un purgatif et c'est tout. Tant que l'on ne constate aucun accident, on doit laisser agir la nature. Du reste, comme en matière de corps introduits dans les voies digestives on a rencontré bien souvent et on rencontrera encore de l'imprévu, on doit se garder de se prononcer contre la possi-

bilité de l'introduction d'un corps étranger, alors même que les troubles sont nuls et que la palpation donne un résultat négatif.

b. Chute du rectum. — *Douche ascendante froide après réduction de la muqueuse.* — M. de Saint-Germain a essayé contre la procidence de la muqueuse rectale, chez l'enfant, bien des procédés, mais sans en retirer un bénéfice constant. La méthode par *cautérisations ponctuées* (fer rouge), appliquées sur le pourtour de l'anus, sans aller jusqu'au sphincter, que nous avons vu pratiquer avec succès par Guersent dans ce même hôpital, ne lui a pas donné de bons résultats, aussi y a-t-il renoncé; d'autre part, il regarde, à juste titre, comme procédés dangereux les *diverses ligatures*, l'*excision* partielle ou totale, l'*incision* en V de Robert, à pointe dirigée en arrière, suivie de perte de substance de la peau, du tissu adipeux et du sphincter.

C'est à la *douche ascendante froide* qu'il donne la préférence. Il commence par réduire la tumeur en la recouvrant d'un linge enduit d'un corps gras et en exerçant des pressions destinées à réduire la partie centrale la première : il fait diriger ensuite, chaque matin, sur l'orifice anal et le périnée une douche ascendante pendant dix minutes : au bout de dix à quinze jours la chute de la muqueuse ne se reproduit plus. M. de Saint-Germain nous a dit, au mois d'avril de cette année 1875, avoir même guéri de cette manière un vieillard de 70 ans. — C'est une manière simple et commode et que l'on peut toujours essayer avant d'avoir recours à des moyens plus radicaux mais plus dangereux.

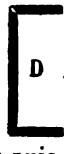
4° Affections des doigts.

a. Syndactylie congénitale. — *S'occuper d'abord de la commissure, puis autoplastie par bordure de Didot, Sédillot, Nélaton.* — Ce chirurgien pense qu'il est d'une grande importance d'assurer tout d'abord la commissure interdigitale : il y arrive en faisant passer au travers de la palmature et à la partie la plus reculée, un tube de plomb ou un simple tube à drainage qu'il laisse en place jusqu'à la presque cicatrisation : ce premier résultat obtenu, il remplace le drain par un fil de fer servant d'écraseur et achève le second temps, c'est-à-dire la séparation des deux doigts : les solutions de continuité effectuées par l'écraseur ne se cicatrisent, comme on le sait, qu'avec lenteur et difficulté, aussi peut-on espérer de cette manière séparer les doigts définitivement, et éviter le retour de la syndactylie.

Cette section de la membrane interdigitale est souvent insuffisante, aussi après s'être occupé de la commissure, emploie-t-il :

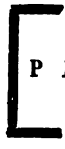
Ou bien la méthode de Zeller ou plutôt de Krimer, qui l'a le premier décrite et qui consiste à tailler un lambeau dorsal triangulaire (base située au niveau de la tête des métacarpiens, sommet se trouvant entre les deux doigts soudés), à séparer ensuite les deux doigts et à rabattre le lambeau pour achever de matelasser la commissure.

Ou bien le procédé par bordure qui, imaginé par Didot, de Liége, et Sédillot a été également préconisé par Nélaton : il consiste, au lieu de tailler les deux lambeaux sur le même doigt, de façon à recouvrir l'un d'eux, tandis que l'autre reste complétement dépouillé, il consiste, dis-je, à diviser d'abord les tissus en lambeau rectangulaire adhérent à la face dorsale D de l'un



D *Face dorsale.*

des doigts : puis on décrit ensuite un autre lambeau de même forme adhérent à la face palmaire P de l'autre doigt : on sépare



P *Face palmaire.*

ces deux lambeaux tégumentaires et chacun d'eux est rabattu sur la surface cruentée du doigt auquel il adhère, le premier de la face dorsale vers la face palmaire, le second de la face palmaire vers la face dorsale : ils sont maintenus ou fixés par des bandelettes agglutinatives ou par quelques points de suture.

Ce procédé me semble bien préférable à celui de Zeller, et je crois, de plus, que dans cette opération, il est avantageux d'augmenter les chances de réussite en se servant de la greffe épidermique pour les points qui restent encore dénudés, comme je l'ai fait chez un de mes malades qui en a retiré un grand bénéfice.

b. Polydactylie. — *Emploi de la bande d'Esmarch. — Scier la phalange et ne pas la désarticuler.* — Lorsque le pouce supplémentaire ne tient à la main que par des parties molles, son ablation ne présente aucune difficulté ; mais s'il contient un squelette, une phalange articulée plus ou moins solidement soit à la tête du métacarpien, soit à celle de la première phalange du pouce, il est indiqué de ne pas ouvrir la grande articulation et, par conséquent, de ne pas pratiquer l'opération dans la contiguïté, mais bien dans la continuité du doigt surnuméraire : le temps qui consiste à scier la phalange est très-délicat, aussi pour faciliter la manœuvre autant que pour arrêter tout écoulement sanguin, M. de Saint-Germain trouve qu'il y a grand avantage à employer la compression par la bande d'Esmarch.

5° Affections du cou.

a. Abcès chaud. — *Séton filiforme.* — M. de Saint-Germain met en usage le séton filiforme pour les collections purulentes de petit volume dans les régions du corps, comme le visage et le cou, où il y a grand intérêt à prévenir une cicatrice difforme. La substance employée est un simple cordonnet ou un petit faisceau de fils de soie que l'on passe facilement à travers la poche, à l'aide d'un stylet aiguillé, par deux ouvertures pratiquées aux deux pôles de l'abcès. C'est là un moyen excellent, sur lequel M. Bonnafont a attiré tout spécialement l'attention (*Mémoire sur l'emploi du séton filiforme dans le traitement des collections purulentes en général et en particulier du bubon syphilitique. Acad. méd. et Revue thér.-méd.-chir.* 1856 et 1857); mais pour qu'il soit efficace, le malade devra chaque jour faire mouvoir à chaque pansement les extrémités du séton et presser sur la collection de façon à la vider et éviter la rétention du pus : si on néglige cette précaution, cette méthode de traitement est tout à fait insuffisante.

b. Tumeur érectile. — *Injection de perchlorure de fer.*—Pour les enfants non vaccinés, il emploie le *vaccin* dont il couvre entièrement la tumeur : mais c'est surtout *l'injection de perchlorure de fer* à l'aide de la seringue de Pravaz qu'il met en usage. Les cas de mort que nous avons rapportés dans l'*Union médicale* de l'année 1874, à la suite de ces injections, nous rendent très-réservé dans l'emploi de ce moyen et nous pensions que la *cautérisation centrale* pratiquée soit avec le galvano-cautère, soit avec de simples aiguilles ou stylet chauffés au rouge, est, si non plus efficace, du moins beaucoup plus inoffensive ; c'est donc ce moyen que nous placerions en première ligne pour les tumeurs érectiles de petite dimension.

c. Laryngotomie. — *Emploi du cautère actuel, bistouri chauffé au rouge blanc.* — Dans les conclusions qu'il a formulées à la suite des *Leçons Cliniques* fort originales, faites par lui à l'hôpital des Enfants, *sur la trachéotomie,* au commencement de cette année 1875, M. de St-Germain rappelait qu'en deux années de pratique, il a eu 10 guérisons sur 25 opérations. Dans ce nombre, sur 6 cas de l'hôpital, il a seulement eu une guérison, tandis que dans la clientèle il compte 9 malades guéris sur 19 opérés.

Ayant en vue les dangers et les difficultés que présente parfois la trachéotomie pratiquée par la méthode classique, et persuadé surtout qu'il y a grand intérêt à agir rapidement en se guidant sur des points de repère exacts, il a cherché, par le procédé *Trachéo-crico-thyroïdien*, à régler chacun des temps de cette opération et *il a cru* en simplifier l'exécution.

N'ayant pas encore essayé cette méthode et n'étant pas, d'autre part, aussi convaincu que ce chirurgien qu'il y a un réel avantage à opérer instantanément, nous nous en tenons à l'ancien procédé et nous ne voulons pas juger celui de M. de St-Germain

ni en bien ni en mal, nous attendrons qu'il ait fait ses preuves et nous nous contenterons simplement de l'exposer tel que l'inventeur en a fait l'application.

Le procédé qui lui paraît le plus simple, le plus sûr, le plus rapide, est la trachéotomie *en un seul temps*, soit à froid, soit *à chaud*, c'est ce dernier que nous allons décrire.

Ouvrant l'arbre aérien *au niveau de la membrane crico thyroïdienne* qui constitue pour lui un point de repère facile à constater, il ponctionne avec un *fer rouge de petit volume*, sur lequel nous reviendrons.

1° *Appareil instrumental.*

Comme la trachéotomie est essentiellement une opération d'urgence, M. de St-Germain pense, avec juste raison, que l'on ne doit employer pour la pratiquer que les instruments qui garnissent les trousses ; il écarte tous ceux qui sont spéciaux et en particulier le galvano-cautère : (*De la trachéotomie par le galvano-cautère, par Emm. Bourdon, Arch. gén. méd.* 1873), dont sa méthode, du reste, diffère absolument.

Il a vu deux fois opérer par le galvano-cautère (sur un enfant et un adulte), et deux fois il y eut hémorrhagie, et *on dut terminer avec le bistouri;* de plus, dans l'un des cas, il vit se développer de chaque côté de l'incision une eschare aussi large que deux pièces de 5 francs en argent.

Nous l'avons vu pratiquer également dans deux circonstances sur l'adulte : *la première fois* à la Pitié, chez un homme atteint d'œdème de la glotte; tout alla bien en commençant, mais le couteau galvanique rencontra une anomalie d'une artère thyroïdienne, il y eut une hémorrhagie qui obligea à terminer promptement l'opération après avoir fait des ligatures : l'hémorrhagie se reproduisit et le malade mourut. *La seconde fois*, à Lariboisière, chez un homme atteint d'un épithélioma ulcéré inopérable de l'arrière-gorge : nous fûmes tous émerveillés du résultat immédiat : M. Tillaux, qui tenait le couteau galvanique, put entrer dans la trachée sans *qu'on ait vu s'échapper une seule goutte, un seul globule de sang ;* le surlendemain, et les jours suivants, il se développa tout autour de l'incision une large eschare qui se limita heureusement, et se détacha en laissant une place granuleuse. Cette opération put prolonger pendant quelque temps les jours du malade. Ces eschares tiennent évidemment à la chaleur énorme et constante de l'instrument; aussi croyons-nous qu'on pourrait jusqu'à un certain point les éviter, si au lieu d'agir lentement et d'une manière continue, on sectionnait par saccades, par petites intermittences et rapidement.

Bistouri spécial, lampe éolypile, dilatateur, canule garnie, écarteurs, bistouri boutonné, ciseaux.

Bistouri.— Tout d'abord, ce chirurgien avait fait construire un instrument cautère, constitué par une tige de platine, à extrémité mousse, rentrant dans un manche d'ivoire d'où on pouvait la faire sortir à volonté : 1 centim. et 2 millim. de longueur chauffé au rouge, permettait de la faire pénétrer dans le larynx en l'appliquant perpendiculairement sur la membrane crico-thyroïdienne. L'essai de cet instrument ne fut fait, du reste, par ce chirurgien que sur le cadavre et sur les chiens vivants : il lui a substitué, pour opérer sur le vivant, le *petit bistouri droit mousse à lame tranchante*, qui se trouve toujours dans la boîte à trachéotomie, qui est arrondie au bout comme un couteau de table et dont il garnit le talon, dans une étendue de 1 cent. 1/2 environ d'un ruban de fil mouillé qui permet de manier l'instrument sans se brûler les doigts.

Lampe. — Pour chauffer le bistouri précédent, M. de St-Germain se contente d'une *forte lampe à alcool* ou du jet de la flamme d'une de ces *lampes à double courant* dites *éolypiles* qui fournissent rapidement un degré calorifique très-considérable.

Dilatateur. — M. de St-Germain le regarde comme indispensable, si indispensable même, qu'il préférerait, dit-il, *faire une trachéotomie sans canule que sans dila-*

tateur. Dans un de nos Répertoires précédents nous disions cependant avoir vu M. Desprès pratiquer cette opération sans l'emploi de cet instrument et faire pénétrer avec grande facilité la canule en se guidant sur l'index introduit dans l'incision trachéale. Nous venons de répéter la même manœuvre sur une malade de l'hôpital Saint-Antoine, que nous opérions pour un œdème de la glotte : la recherche de la trachée fut assez longue et pénible, mais une fois que nous avons eu le conduit à nu sous le doigt, nous avons pu inciser et introduire très-rapidement et avec une facilité extrême la canule sur l'indicateur de la main gauche engagé dans l'angle supérieur de l'incision trachéale, à la façon d'un bouton dans une boutonnière. Nous ne pouvons donc être, sous ce point de vue, aussi absolu que M. de St-Germain qui *condamne complétement cette manière de faire*.

Il préfère le dilatateur à deux branches. Il emploie aussi celui de Laborde qu'il a modifié en allongeant les branches de 2 centimètres au moins, en les amincissant à leur extrémité : il serait assez d'avis d'adapter au dilatateur à deux branches une crémaillère susceptible de limiter leur écartement et permettant de laisser l'instrument en place en attendant l'introduction de la canule. A défaut, il se contente d'une simple pince à pansement.

Ce chirurgien a l'habitude, quand il ne connaît pas ses aides, de placer son dilatateur dans la poche droite de son gilet, afin de l'avoir à sa portée et de le saisir aussi vite que possible.

Canule garnie. — Canules doubles : celles munies d'une plaque percée de deux trous sont préférables : il rejette l'emploi de celles qui portent des oreilles. Il ne fait pas non plus usage de canules portant un orifice sur leur convexité ; elles ne lui ont pas fourni de bons résultats.

2. *Disposition des aides.*

Trois ou quatre aides tout au plus. En employant le procédé de M. de St-Germain, deux seraient suffisants à la rigueur, l'un aux pieds, qui, à genoux ou assis, immobilise en même temps les bras et les jambes, l'autre qui se charge de la tête : car le chirurgien opère seul et n'a pas besoin, comme dans l'autre méthode, d'avoir un aide vis-à-vis de lui pour écarter ou éponger.

3. *Position à donner au malade.*

Il n'opère jamais sur le lit même du malade qui est trop bas ou trop mou, mais sur un plan résistant, bien maintenu, tel qu'une commode ou une table qu'il fait recouvrir d'un matelas. — La meilleure situation du patient est le décubitus horizontal avec extension de la tête, qui sera disposée sur un coussin ou un traversin dur de la façon suivante : c'est sous la nuque ou plutôt *sous les épaules* que l'on doit le placer : à défaut de ce coussin, en ville, M. de Saint-Germain en improvise un : il emploie un procédé sur lequel il a insisté dans ses leçons et qu'il tient de M. Archambault : il prend un oreiller roulé en boudin et au centre duquel il met une bouteille, le tout est solidement ficelé et constitue un coussin dur qui répond parfaitement aux besoins du moment.

4. *Eclairage.*

On place le malade en pleine lumière. Si l'on opère pendant la nuit, il conseille de ne pas se contenter en général d'un éclairage unique quelque intense qu'il soit. — On allume plusieurs lampes et une grande quantité de bougies dont la disposition est combinée de façon à projeter leurs rayons sur le cou du patient : il faut, selon lui, exagérer plutôt cet éclairage que de s'exposer, à un moment donné, à en avoir un insuffisant.

5. *Opération.*

Elle comprend trois temps principaux :

— Fixer le larynx;

— Plonger le bistouri chauffé au rouge blanc et inciser;

— Introduire la canule.

Fixer le larynx. — M. de Saint-Germain n'emploie aucun instrument fixateur spécial, il insiste tout particulièrement sur ce temps de l'opération qui est essentiel, quand on emploie son procédé : voici

comment il l'a exposé lui-même dans ses *leçons cliniques* sur la LARYNGOTOMIE (recueillies par MM. Chenet et Tapret, internes — *Gaz. hopit.* 8 avril 1875) « l'enfant étant tenu immobile, vous prenez » vos points de repère et vous marquez » avec l'ongle ou avec un crayon la limite inférieure du cartilage thyroïde, ce » signe n'est qu'un jalon : ce n'est pas à » ce point précis que vous enfoncerez peut-» être votre bistouri, mais il est précieux » en ce sens qu'il vous donne le niveau de » votre incision et vous empêche de faire » un écart trop considérable. Ceci fait, vous » saisissez *fortement*, entendez-vous bien, » le larynx de l'enfant entre le pouce d'une » part, l'index et le medius de la main » gauche, d'autre part ; non pas par un » mouvement de pincement et d'écrase-» ment, mais comme si vous vouliez l'é-» nucléer, pour ainsi dire, le faire saillir » en avant en cherchant à faire rejoindre » le bout de vos doigts en arrière de lui — » de cette façon vous amenez le larynx et » la trachée au devant de votre bistouri et » vous évitez l'aplatissement de la trachée » qui aurait lieu infailliblement, si vous » vous borniez à le fixer par une pression » directe — vous remarquerez alors, au » niveau du point que vous avez tracé, » une dépression transversale, un pli ren-» trant de la peau que vous avez ainsi for-» tement tendue. Ce pli correspond exac-» tement à la membrane crico-thyroï-» dienne. Essayez cette manœuvre comme » je l'ai faite sur une quantité considé-» rable d'enfants; et vous verrez combien » est précieux ce point de repère. *Voilà* » *donc le lieu d'élection pour votre ponc-* » *tion.* » La fixation du larynx doit être maintenue jusqu'au moment où le dilatateur est introduit.

Plonger le bistouri chauffé à blanc et inciser. — On doit pratiquer l'incision le plus haut possible et regarder cette dépression, correspondant à la membrane crico-thyroïdienne comme la limite la plus élevée — alors le bistouri, susindiqué, chauffé au rouge blanc, garni de ruban de façon à laisser 1 cent. 1/4 d-libre ou tenu de manière à ne laisser dé passer que cette longueur de la lame, est plongé *perpendiculairement* au milieu de la *dépression connue*. Le chirurgien sent bientôt une résistance vaincue ce qui lui indique que l'instrument est arrivé dans la cavité laryngienne, il sectionne alors non *par pression* mais en *sciant* et de haut en bas, le cartilage cricoïde et deux anneaux de la trachée : en ressortant on a le soin, en tenant l'instrument d'une façon oblique, de couper toujours, en sciant, les parties molles un peu plus bas que le conduit aérien.

Introduire la canule. — Une fois la trachée ouverte, ce qui vous est annoncé par le sifflement caractéristique, le chirurgien quitte le bistouri pour le dilatateur, tout en continuant à fixer le larynx de la main gauche (précaution indispensable). Cet instrument, saisi par son milieu, est introduit en prenant pour guide l'index gauche dans l'angle supérieur de l'incision: on peut alors attendre un instant, relever la tête du malade qui est pris d'une toux convulsive, placer le dilatateur perpendiculairement à la plaie en l'enfonçant et ne pas se trop presser pour introduire la canule qui, reposant sur les branches du dilatateur, est poussée horizontalement et subit un *demi-tour de maître*, une fois qu'on sent qu'elle rencontre la paroi postérieure du conduit. Le dilatateur est ensuite retiré ; — fixation de la canule ; — excitation de la surface trachéale avec une barbe de plume ou un petit goupillon bien solidement fixé, si les mouvements respiratoires ne paraissent pas se rétablir assez bien ; — respiration artificielle très-longtemps continuée ; — toilette de l'opéré ; — cravate de mousseline au-devant de la plaie ; — faire prendre à l'enfant quelques cuillerées d'une boisson légèrement excitante.

6. *Soins consécutifs.*

M. de Saint-Germain insiste avec beaucoup de raison sur les soins minutieux que vous devez prodiguer à l'enfant pendant les jours qui suivent l'opération, car ils décident souvent, soit de la guérison, soit de la mort du malade.

Et d'abord la canule interne doit être nettoyée très-souvent, toutes les heures au

moins, ce fut, faute de se conformer à cette règle, que les parents d'un de ses petits opérés ont vu succomber leur enfant— une autre précaution qui n'est pas moins importante que la précédente, est d'avoir soin, à chaque fois qu'on remet la canule interne, après l'avoir nettoyée, de l'enfoncer bien exactement jusqu'à l'extrémité de la canule externe — un père, qui le soignait lui-même, a eu à déplorer la mort de son enfant parce qu'il avait négligé de s'assurer du fait.

Chaque fois qu'on réintroduit la canule, on aura soin de tenir la tête de l'enfant droite, mais dans une légère extension.

M. de Saint-Germain n'est pas le seul praticien qui ait songé du reste à appliquer le fer rouge dans l'exécution de l'opération de la trachéotomie. M. Palasciano (de Naples) l'a employé et MM. Ranse et Muron (*De la trachéotomie, par le cautère actuel, par F. de Ranse et A. Muron Gaz. med. de Paris*, 1873), dans une série d'expériences instituées sur des chiens en 1873, ont également remplacé le bistouri par le cautère actuel : ils se sont servis d'un morceau de fer arrondi au bout, de 2 cent. de hauteur et à faces aplaties et, ont décrit aussi les divers temps de l'opération :

— Division de la peau et du tissu sous-cutané avec le cautère rougi à blanc.

— Ecartement des tissus avec une pince à ressort et division de tous les autres tissus jusqu'a la trachée exclusivement, toujours avec le même cautère.

— Section de la trachée avec le bistouri. On voit donc que cette méthode qui est en quelque sorte *mixte*, diffère surtout de celle de M. de Saint-Germain en ce que les expérimentateurs ne sectionnent que les parties molles extérieures à l'arbre aérien avec le cautère et se servent du bistouri pour entrer dans la trachée, de peur que le contact du fer rouge ne soit la cause ultérieure de la nécrose des anneaux de ce conduit. C'est une crainte qui ne semble pas partagée par M. de Saint-Germain.

Dr GILLETTE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. HAYEM, agrégé suppléant M. le professeur BOUILLAUD.

De quelques complications de la fièvre typhoïde; Myosite. — Dans toutes les affections dyscrasiques aiguës avec altération profonde du sang, il y a dégénérescence aiguë générale dans les muscles; mais dans quelques cas, il se produit une véritable myosite localisée avec hémorrhagie d'intensité variable. Lorsqu'il n'y a que des ecchymoses, la résorption se fait; dans certains cas la masse sanguine s'enkyste, et forme un hématome qui peut s'enflammer et amener la formation d'un abcès : leurs siéges les plus ordinaires sont les muscles abdominaux.

On a expliqué ces hémorrhagies par des ruptures musculaires, mais dans certains cas elles sont dues à des infarctus.

Ces complications peuvent survenir même dans des cas très-bénins.

Symptômes. — Au début, douleur très-vive et hypéresthésie cutanée de la région du muscle affecté avec empâtement des parties profondes. Puis plus tard teinte ecchymotique d'abord peu prononcée et qui s'accentue d'avantage en s'accompagnant du refroidissement de la partie malade. L'état général de ce malade devient en même temps moins bon.

Le traitement local consiste en cataplasmes et applications de laudanum. Il faut s'empresser de pratiquer l'ouverture de l'abcès aussitôt que l'on perçoit la fluctuation.

L'état général demande à être relevé par des toniques, de fortes doses d'extrait mou de quinquina, et de sulfate de quinine.

Complications pulmonaires. — Toutes les fièvres typhoïdes sont accompagnées de *catarrhe bronchique* et de congestion pulmonaire vers le quatrième ou cinquième jour de la maladie. Ordinairement cela se borne à du catarrhe des grosses bronches, mais dans certains cas, il y a propagation aux petites bron-

ches, le catarrhe devient suffisant, et vers la troisième semaine on se trouve en présence d'une bronchite capillaire.

A l'autopsie, un certain nombre de lobules pulmonaires sont à l'état fœtal, c'est-à-dire en collapsus.

Monsieur Woillez a fait jouer un très-grand rôle à la congestion pulmonaire dans ces différentes complications.

La pneumonie hypostatique survient dans le cours de la troisième semaine, elle est caractérisée par de la dyspnée et de la submatité aux deux bases, ce sont des accidents de la seconde période.

Dans quelques cas, il se forme des pneumonies lobaires franches, ordinairement unilatérales et caractérisées par les signes ordinaires de la pneumonie, moins pourtant les crachats. Cette complication survient du quatorzième au quinzième jour de la maladie; sa marche est la même que chez un individu non atteint de fièvre typhoïde, et le pronostic n'est pas défavorable lorsque le malade n'est pas trop débilité; la résorption des exsudats se fait cependant moins vite.

Traitement. — Dans les pneumonies franches : ventouses ou vésicatoires et vomitifs au besoin; mais employer la poudre d'ipécacuanha et éviter le tartre stibié qui pourrait occasionner du collapsus.

Potion à prendre dans les 24 heures

Julep gommeux. . . .	125 gram.
Teinture de digitale . .	25 gouttes.
Kermès	30 centigr.

par cuillerée à bouche.

La pleurésie est rarement primitive, elle est le plus généralement consécutive à une pneumonie ou à une bronchite capillaire.

Ergot de seigle. — M. Hayem a fait usage de l'ergot de seigle pour faire baisser la température dans les fièvres typhoïdes, les résultats qu'il a obtenus ont été très-satisfaisants, et son emploi lui paraît bien préférable dans cette maladie à celui du sulfate de quinine et de la digitale.

Sous l'influence de l'ergot de seigle, il y a une défervescence beaucoup plus rapide; et, à la période de l'acmée, au lieu des exacerbations on obtient quelques plateaux. Dans quelques cas, où le seigle ergoté n'était administré que pendant la journée, la température du soir était moins élevée que celle du matin.

La dose variait entre deux grammes et 3 gr. 50 par 24 heures.

Quelques considérations sur les hémiplégies. — Un malade du service a une hémiplégie faciale du côté droit, mais sans paralysie de l'orbiculaire des paupières ce qui, du reste, est la règle dans les paralysies de cause centrale. Le bras et la jambe du côté droit sont aussi paralysés, mais cette hémiplégie est seulement motrice, et n'est pas absolue, car le malade peut encore traîner sa jambe; au bras, la paralysie est encore plus accentuée. Il y a en même temps un léger embarras de la parole. Dans les cas où la parole est impossible, cela peut tenir à deux causes :

1° Par défaut de conception;

2° Par aphasie.

Le début de l'hémiplégie peut présenter trois variétés différentes :

1° Début brusque, le malade est surpris en pleine santé par une attaque qui peut offrir différents degrés de gravité.

2° Quelquefois on peut constater des prodromes qui consistent en fourmillements, lassitude, céphalalgie, insomnie; quelquefois un peu de délire, des vomissements puis étourdissement, perte absolue de connaissance, apparence de coma, regard fixe, respiration bruyante, anxieuse, avec un des côtés de la bouche fumant la pipe, les sphincters sont relâchés; et, lorsque l'on soulève les membres du côté paralysé, ils retombent comme une masse inerte.

Lorsqu'il y a mort tout à fait subite, c'est que l'hémorrhagie a eu lieu à la région du bulbe.

3° Lorsque le début est lent, la paralysie commence par les membres inférieurs et paraît monter de la jambe à la face. Dans ce cas le début peut se faire par poussées successives avec temps d'arrêt plus ou

moins longs, pendant lesquels l'hémiplégie ne rétrograde pas, mais elle peut alors ne pas continuer à augmenter.

Pendant l'attaque, il y a abaissement de la température, mais aussitôt après la température remonte. Si le thermomètre monte entre 39 et 40 degrés, le pronostic est presque fatal.

L'apparition précoce d'eschares de la région fessière du côté paralysé est un phénomène précurseur d'une mort prochaine.

La contracture peut se montrer dans les premiers jours de l'attaque; mais l'époque ordinaire de son apparition est la cinquième ou sixième semaine après l'attaque; alors elle est occasionnée par le développement d'un peu d'encéphalite autour du foyer, et alors son apparition est précédée d'élévation de la température, quelquefois délire et vomissements, coloration de la face, etc.

La contracture débute ordinairement par le membre supérieur, il y a flexion des doigts dans la main, du poignet sur le bras et du bras sur la poitrine; à la jambe, la contracture est plus tardive et moins complète.

Lorsque la contracture atteint la face, le médecin appelé pour la première fois auprès du malade pourrait la confondre avec une paralysie du côté opposé.

Pendant la période de contracture, le malade éprouve souvent des douleurs fulgurantes.

Dr A. Gadier.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Traitement des varices par des injections de perchlorure de fer.

Monsieur le rédacteur,

Le numéro 29 du *Journal d'oculistique* s'occupait du traitement chirurgical des varices d'après le procédé du docteur Marschall, procédé comprenant plusieurs temps : 1° chloroformisation du malade; 2° ligature médiate de la varice à ses deux extrémités, au moyen d'épingles passées sous elle, d'un morceau de bougie urétrale appliquée sur son trajet, et d'un fil enroulé et noué par-dessus; 3° deux ou trois autres ligatures semblables et intermédiaires; 4° incision de la peau tout le long du vaisseau variqueux; 5° pansement phéniqué. Résultat : guérison au bout de deux mois en moyenne.

A ce procédé si complexe, dont un temps préparatoire et toujours dangereux, la chloroformisation, est indispensable si on veut éviter à son malade les vives douleurs des piqûres et de la dissection, ne peut-on préférer le suivant qui m'a été conseillé par le docteur Hamon de Fresnay, et que nous avons mis en pratique avec succès dans les circonstances suivantes :

Un de mes clients, M. C***, de Forges, âgé de cinquante-cinq ans, était atteint depuis trente ans de varices volumineuses de la jambe gauche. Depuis dix ans environ, il s'était formé au tiers inférieur du membre un ulcère qui, en 1865, avait demandé pour sa guérison plusieurs mois de soins assidus et de séjour au lit. En 1869, l'ulcère reparaît après un léger choc, et C***, fatigué de perdre un temps précieux, obsédé par l'immobilité si pénible pour le cultivateur, se décide à se faire opérer, confiant en ma promesse qu'il sera après l'opération débarrassé de son mal et à l'abri de toute récidive.

Le docteur Hamon se rend à mon appel, et, après avoir établi à la partie supérieure de la cuisse une constriction énergique qui rend les varices encore plus saillantes, nous injectons, avec la seringue de Pravaz, quatre gouttes de la solution normale de perchlorure de fer dans une énorme varice située à la partie interne du genou, et autant dans une autre au tiers supérieur du membre.

Cette opération n'est point douloureuse; aussitôt après, l'arbre variqueux superficiel, dont les rameaux noueux et multipliés communiquent avec les troncs injectés, prend une teinte bleuâtre, et offre l'aspect de véritables cordes inégales et dures. La ligature, modérément serrée, est maintenue par surcroît de précaution jusqu'au lendemain matin, et pendant deux jours le malade est aussi bien que possible, sans fièvre ni réaction douloureuse

reuse dans le membre ; mais on voit, le troisième jour, se dessiner sur le trajet des varices des traînées rouges ; la peau y est tuméfiée et la sensibilité se développe dans tout le trajet du réseau veineux superficiel, depuis le cou-de-pied jusqu'à l'aine ; le membre est chaud et empâté ; le malade a un peu de fièvre ; bref, sans avoir eu de complication grave, il s'est passé près de trois semaines avant que le sujet, dont l'ulcère, je dois le dire, a été promptement guéri (dès le huitième jour), ait pu se lever et marcher. La guérison a été radicale du reste, et C***, depuis ce temps-là, supporte sans fatigue les rudes travaux de la culture. Peu à peu les veines ont diminué de volume tout en restant indurées, et elles ont fini par ne plus présenter qu'un mince cordon fibreux qu'on sent encore, et qu'on suit aujourd'hui sous la peau.

D'un autre côté, le docteur Hamon, qui a opéré de cette manière une quinzaine de personnes atteintes d'ulcères variqueux interminables m'a affirmé obtenir d'habitude la guérison, en quinze ou vingt jours sans avoir jamais passé par les épreuves qu'a subies mon opéré, épreuves qui cependant ont été moins longues que celles de M. Marschall. J'ai vu moi-même un des opérés de Hamon marcher après trois semaines.

A quelle cause attribuer le cortége de phénomènes inflammatoires survenus chez C***? Sans doute au nombre de gouttes injectées, qui a été de huit en tout ; je crois que quatre ou cinq gouttes sont suffisantes.

Est-il besoin de dire que la guérison s'obtient par une phlébite adhésive entre les parois des veines, naissant sous l'influence de ce caustique énergique, rétrécissant leur calibre et finissant par l'oblitérer complétement ?

Quelles sont les raisons qui pourraient empêcher en pratique une opération si simple, si expéditive, si facile à exécuter pour le praticien le plus modeste ? Deux principales : 1° la crainte d'une embolie entraînée dans le torrent circulatoire ; 2° celle d'un érysipèle phlegmoneux, ou d'une phlébite menaçant le membre entier ? Eh bien ! je crois qu'en établissant une compression au haut de la cuisse sur la saphène interne, pendant l'opération et vingt-quatre heures après, en modérant la quantité de solution injectée ; en étalant sur tout le membre une couche de collodion ; en l'enveloppant ensuite d'un bandage roulé, on serait à l'abri de ce double danger, Comment, en effet, un caillot unique, occupant une si grande étendue, comprimé par les tuniques internes des veines se resserrant sur lui d'une façon instantanée comme je l'ai vu, pourrait-il se détacher, être entraîné au loin par un courant veineux qui n'existe plus et qui a été supprimé du premier coup ? Après l'injection des veines variqueuses, il n'existe plus de *vis a tergo ;* les valvules elles-mêmes doivent disparaître, être détruites ? Dès lors, qu'a-t-on à craindre si on a eu le soin, au moment de l'opération, d'interrompre le cours du sang veineux exactement ?

Ces réflexions tranquilliseront, je l'espère, l'esprit de l'opérateur sur la production et la migration d'une embolie peu à redouter, d'après nous, et sur l'apparition d'un phlegmon.

Si on compare entre elles cette méthode et celle du docteur Marschall, on voit de suite : 1° que l'injection veineuse n'exige pas l'emploi du chloroforme, ce qui est un premier danger de moins ; 2° pas de ligatures multipliées, source de douleurs consécutives ; 3° notre méthode supprime la dissection de la peau et des veines malades, opération minutieuse, longue, difficile et ouvrant les portes à l'inflammation ; 4° elle demande moins de temps pour la guérison ; 5 elle ne laisse pas après elle de cicatrices toujours désagréables, surtout pour la femme ; 6° enfin elle fait disparaître d'un seul coup toute la circulation veineuse superficielle du membre, et met les sujets à l'abri d'une récidive, tandis que la seconde méthode ne supprime que le tronc principal et laisse intactes les collatérales. Or, ces collatérales, chez tous les variqueux, sont déjà flexueuses par elles-mêmes et ne tardent pas à se développer, à augmenter de ca-

libre, et partant les mêmes inconvénients reparaissent après deux ou trois ans.

Disons, en terminant, qu'il sera toutefois sage de n'opérer que dans les circonstances suivantes : 1° quand des varices extraordinairement développées rendent la marche et la station debout impossibles ; 2° quand il y a coexistence d'ulcères d'une certaine étendue, aux bords calleux, d'une guérison interminable, donnant lieu à des hémorrhagies difficiles à arrêter et anémiant le sujet ; 3° quand le sujet malade et pauvre ne peut vivre ailleurs que dans une chambre ou à l'hôpital, d'où les variqueux, on le sait, ne sortent un jour que pour y rentrer le lendemain.

Agréez, etc.

Dr GÉLINEAU,
d'Aigrefeuille.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET TÉRATOLOGIQUE

—

Dystocie essentielle du côté de la mère due à la présence dans le petit bassin de deux kystes ovariens : opération césarienne et ovariotomie. Enfant vivant, mort de la mère. Etude des kystes qui contiennent des monstres parasites endocymiens. Du genre endocyme (1).

La femme G..., âgée de 34 ans, d'une forte constitution, est mère de quatre enfants ; les trois premiers accouchements ont été spontanés ; le quatrième, qui remonte à sept ans, nécessita l'emploi du forceps par suite d'une inertie utérine. Depuis cet accouchement, cette femme a toujours joui d'une bonne santé générale.

Il y a quinze mois, ayant éprouvé de la pesanteur dans le bas-ventre et de la difficulté à uriner, elle consulta M. le docteur Petit. Malgré les moyens employés, la pesanteur dans le bas-ventre, la difficulté à uriner continuèrent, et le ventre augmenta de volume, ce qui détermina M. Petit à s'adjoindre M. le docteur Dayot. Mes confrères constatèrent alors une grossesse de quatre mois. Malgré ce qu'elle éprouvait, cette femme restait fraîche, grosse, grasse, forte et continua ses occupations ordinaires jusqu'au jour où elle fut prise du mal d'enfant.

Le 18 juin, cette femme ressentit les premières douleurs du travail et fit appeler M. Petit, qui constata une tumeur volumineuse, probablement un kyste ovarien, occupant toute l'excavation pelvienne. Cette tumeur plus saillante à gauche qu'à droite, est située en arrière de l'utérus qu'elle refoule en haut et en avant ; aussi n'était-ce qu'avec une extrême difficulté qu'il pouvait arriver au col de l'utérus situé au-dessus du pubis et dont l'orifice n'était ni dilaté, ni dilatable. Les contractions utérines étaient faibles et éloignées les unes des autres.

Cependant les membranes se rompirent spontanément, et le liquide amniotique s'écoula. Cet état persista jusqu'au 21 juin, époque à laquelle M. le docteur Dayot vit de nouveau cette femme et constata aussi bien l'état ci-dessus indiqué.

Appelé en consultation le 21 juin à six heures du soir, les touchers vaginal, anal et abdominal me firent reconnaître la présence d'une tumeur fixe occupant toute l'excavation pelvienne et l'extrême difficulté d'arriver au col utérin, situé au-dessus du pubis et dont l'orifice externe présentait une fente transversale admettant à peine l'extrémité de l'indicateur. Il était impossible d'arriver au fœtus par le toucher vaginal ; les bruits du cœur, un peu lents, s'entendaient un peu au-dessus de l'ombilic de la mère ; ce qui faisait présumer une présentation du siége : pendant le palper de l'abdomen je sentis les mouvements volontaires du fœtus.

Dans l'espoir de refouler la tumeur dans l'abdomen et de laisser ainsi le passage libre au fœtus, la malade fut sondée, puis placée dans la position qui me rend

---

(1) M. le Dr Godefroy fils a bien voulu nous adresser divers travaux que l'éminent professeur d'accouchement de l'École de Rennes destinait à ce recueil, qui a eu la bonne fortune de le compter pendant bien des années au nombre de ses plus laborieux collaborateurs. Nous commençons aujourd'hui la publication de l'une des œuvres posthumes de ce maître tant regretté. Nous n'en doutons pas, nos lecteurs parcourront avec autant de sympathie que d'intérêt ces mémoires d'outre-tombe. (*Note de la rédaction*).

de si grands services pour la réduction de l'antéversion et de la rétroversion utérine entre 4 et 5 mois de grossesse (voir la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, année 1862 et suivantes). Après l'avoir laissée 15 minutes dans cette position, je tentai par le vagin et par le rectum, mais inutilement, de pousser la tumeur dans l'abdomen, elle resta complétement immobile; immobilité qui tenait à quelques adhérences entre les tumeurs et les parties voisines. Comme le kyste donnait au toucher la sensation d'une fluctuation sourde, nous décidâmes de le ponctionner afin de le vider en totalité ou en partie, suivant la nature de son contenu et la disposition uni ou multiloculaires et de rendre peut-être l'accouchement possible par les voies naturelles M. le docteur Petit pratiqua à travers la paroi postérieure du vagin une ponction avec le trocart explorateur, ponction qui ne donna issue à aucun liquide. La canule contenait seulement un peu d'une matière blanchâtre assez épaisse, mais pouvant cependant couler au travers d'une grosse canule. En conséquence, il pratiqua au même lieu une nouvelle ponction avec un gros trocart courbe; la canule donna passage à environ un demi-verre d'une matière pultacée et nous ne pûmes en obtenir davantage malgré des pressions assez énergiques exercées sur le ventre et des injections d'eau tiède poussées par la canule dans le kyste. Ne pouvant débarrasser l'excavation pelvienne, il devint évident pour nous tous que l'opération césarienne était notre seule ressource; l'on décida, qu'en même temps, on tenterait l'ablation du ou des kystes. Comme il était impossible de pratiquer cette opération dans le logement de cette pauvre femme, nous résolûmes de la faire entrer dans mon service à l'hôpital Napoléon. Le mari s'opposa d'abord au transport de sa femme à l'hôpital, il voulait qu'elle fût opérée chez lui; ce ne fut qu'à dix heures du soir qu'il se décida à l'y faire transporter.

Ce même soir à onze heures, je lui pratiquai la gastro-hystérotomie et l'ovariotomie, assisté de MM. les docteurs Petit, Dayot et Régnault, professeurs à l'École de médecine de Rennes, en présence de tous les internes de l'hôpital, les autres élèves en médecine n'ayant pu être prévenus, vu l'heure avancée de la nuit. Le long temps écoulé depuis la rupture des membranes ne permettait pas de remettre l'opération à plus tard si l'on voulait sauver l'enfant.

La malade ayant été sondée fut, à cause de l'ovariotomie, sur l'avis de M. le docteur Régnault, placée sur le pied de son lit, les cuisses soutenues par des aides, et l'opérateur placé entre les cuisses de la patiente; c'est une mauvaise position pour l'opérateur, il ne peut aussi facilement que dans la position réglementaire faire basculer la matrice afin de l'ouvrir par son fond et l'ovariotomie se pratique très-bien, le chirurgien étant à côté de la patiente.

La femme ayant été chloroformisée, je fis sur la ligne médiane de l'abdomen une incision de 2 centimètres de longueur partant de cinq travers de doigts au-dessus du pubis et contournant l'ombilic à gauche. La position élevée de l'utérus ainsi que celle de la vessie, qui avait suivi la matrice dans son ascension, exigeaient que l'incision fût pratiquée le plus haut possible.

L'utérus remontait tellement dans la région épigastrique que, placé comme je l'étais entre les cuisses de la femme, il me fut impossible, malgré le concours de mes confrères, de le faire complétement basculer en avant afin de l'inciser par son fond autant sur sa face postérieure que sur sa face antérieure seulement : de plus, malgré toutes les précautions prises par mes confrères pour appliquer exactement les parois du ventre sur le globe utérin, quelques portions d'intestin et d'épiploon faisaient hernie, ce qui m'empêcha d'insister d'avantage sur le basculement de l'utérus. L'incision de l'utérus ayant été faite sur le point où le placenta était inséré, quelques jets de sang en furent la conséquence.

Le fœtus placé en deuxième position du siége (sacro-cotyloïdienne droite) présenta à l'ouverture utérine le pied droit sur lequel je le baptisai; il fut ensuite

très-facilement extrait. C'était une petite fille vivante pesant 2 kilog. 500 gram. Portant ensuite la main dans l'intérieur de l'utérus par la plaie utérine, je fis l'extraction du délivre, l'utérus se contracta fort peu, et la plaie interne resta grande, ce qui tenait au long temps écoulé depuis la rupture des membranes et l'écoulement complet du liquide amniotique.

Portant alors la main dans le bassin, derrière l'utérus, j'y constatai la présence de deux tumeurs remplissant complétement cette cavité et légèrement adhérentes à la face postérieure de l'utérus et aux parois pelviennes par quelques filaments pseudo-membraneux que ma main déchira très-facilement.

Je fis successivement l'extraction des deux kystes sur les pédicules desquels M. le docteur Régnault posa des ligatures, puis la section en fut faite d'un seul coup avec de forts ciseaux.

Je replaçai alors les organes dans l'abdomen et fis la toilette du péritoine. En épongeant, je retirai de la cavité du petit bassin beaucoup de cheveux châtains très-longs. D'abord, nous crûmes l'éponge malprope et que lesdits cheveux y adhéraient d'avance; mais comme de nouvelles éponges, scrupuleusement examinées avant de s'en servir, retiraient de nouveaux cheveux, nous conclûmes qu'ils étaient contenus dans le kyste ponctionné et en étaient sortis par l'ouverture que le trocart y avait pratiquée; d'autant plus qu'on retirait avec eux une matière semblable à celle que nous avions obtenue lors de la ponction du kyste.

Le pansement fut fait comme à l'ordinaire, suture entortillée, etc.

La placentérine ne s'étant suffisamment contractée, continua de donner du sang qui s'écoulait par la plaie abdominale et par le vagin. Malgré l'emploi du seigle ergoté, de la glace, etc., l'hémorrhagie continua et cette pauvre femme s'éteignit, sans fièvre, vingt-trois heures après avoir été opérée. A l'autopsie l'on trouva un peu de rougeur du péritoine viscéral et quelques granulations fibrineuses.

Examen des kystes ovariens.

Le kyste ovarien gauche, long d'environ 25 à 30 centimètres, est aussi gros qu'un fœtus à terme, pèse environ 6 kilog. En place son extrémité interne où s'insère le ligament de l'ovaire regardait en haut et son extrémité externe où s'insère la trompe regardait en bas, c'est cette extrémité qui a été ponctionnée. Le bord supérieur de l'ovaire est devenu externe, et son bord intérieur est devenu interne. Ces changements de rapport de l'ovaire sont le résultat du basculement que cet organe a éprouvé par suite de l'augmentation de son poids.

Ce kyste est réniforme étant partagé peu près au milieu de sa longueur par une large dépression siégant sur son bord interne et correspondante à une portion de cloison se trouvant dans son intérieur.

La surface externe du kyste formée par le péritoine est lisse et polie, excepté dans les quelques points qui avaient contracté des adhérences avec le péritoine pelvien et utérin, points où l'on remarque quelques débris de brides filamenteuses. Les parois de ce kyste, très-minces, excepté dans la partie qui correspond au ligament de l'ovaire, sont peu vasculaires. La trompe n'a contracté aucune adhérence anormale avec le kyste.

Le kyste ouvert, il s'en écoule plus d'un litre d'une matière sébacée en deliquium semblable à de la matière tuberculeuse ramollie et contenant une grande quantité de cheveux châtains libres très-longs, beaucoup ont de 25 à 30 centimètres de longueur. La cavité de ce kyste est divisée en deux portions, une supérieure, une inférieure par un fort repli semilunaire dirigé obliquement de haut en bas et dont la partie la plus épaisse correspond au ligament de l'ovaire. Cette bride forme une arcade dont les deux extrémités sont adhérentes aux parois du kyste. Cette arcade, ainsi que toutes les parties voisines sont formées de tissu cutané reconnaissable à une multitude de follicules sébacés et de follicules pilifères; ces derniers donnent naissance à un très-grand nombre de cheveux châtains très-longs, qui s'enroulent par eux-mêmes et forment une masse qui

baignait dans la bouillie que contenait le kyste.

A deux centimètres de ce repli, vers sa partie antérieure et moyenne, se trouve un orifice d'un centimètre de diamètre, cet orifice est froncé absolument comme un anus et donne accès dans un cul-de-sac de deux centimètres de profondeur, la membrane qui tapisse le cul-de-sac a l'aspect d'une muqueuse. En disséquant le pourtour de cet orifice anal, on découvre un tissu rougeâtre formé de fibres circulaires parallèles ayant tout à fait l'aspect de fibres musculaires; c'est très-probablement le muscle sphincter de cet anus.

A la partie moyenne de cette arcade, sur le bord qui regarde l'intérieur du kyste, l'on remarque deux petits mamelons, dont l'un présente à son extrémité libre l'orifice d'un canal extérieur d'un follicule muqueux, gros comme une aveline et contenu dans cette bride cutanée, à côté de ce follicule s'en trouve un autre plus gros, mais sans canal excréteur.

Dans l'épaisseur de cette arcade cutanée, existe des os, un très-gros et très-ossifié ayant à peu près la forme de l'os pubis (branche horizontale, corps des pubis et branche descendante), plus une petite portion de l'ilium (partie supérieure du bord antérieur de l'os des iles). Cet os long de huit centimètres et large de quatre centimètres, présente dans sa partie antérieure une échancrure simulant la moitié antérieure du tronc sous-pubien. C'est sur cette échancrure que se trouve placé le follicule muqueux ayant un canal excréteur.

Avec cette extrémité, dite pubienne, de l'os principal s'articule un petit os long, assez grêle, ayant quatre centimètres de longueur et se terminant par une extrémité renflée, à l'autre extrémité de l'os principal s'articule un tout petit os, ayant un centimètre de longueur et se terminant par une pointe mousse.

Le kyste est un exemple d'un fait très-rare, c'est-à-dire d'un kyste contenant des os et point de dents.

Professeur GODEFROY.

GYNÉCOLOGIE.

Toux nerveuse liée, par action réflexe, à une antéversion de l'utérus.

L'histoire des actions réflexes regorge d'exemples qui prouvent qu'une cause irritante, agissant sur quelques rameaux nerveux, peut étendre son influence vers les centres nerveux, et se transmettre par ceux-ci, par action réflexe, à une région périphérique plus ou moins éloignée. C'est ainsi que, nombre de fois, on a vu les affections de l'utérus déterminer la paraplégie (Hunt, Esnault, Vallin), ainsi que les contractions alternes irrégulières des divers appareils musculaires. Souvent il a plu d'appeler *hystérie* la tendance à la forme convulsive. Toujours est-il que la seule et unique explication rationnelle de ces phénomènes est celle qui a été proposée par Graves et Brown-Sequart.

Il est bien vrai que, pour ôter de la valeur aux influences pathogéniques de l'utérus, concernant la paraplégie et la forme convulsive, certains auteurs ont voulu en faire un symptôme d'irritation spinale.

Ils ont considéré l'hystérie comme l'expression d'une entité morbide, appuyant leur opinion sur ce fait, d'une douleur spinale qui s'observe assez souvent dans cette affection.

Mais, en outre que la douleur spinale manque quelquefois dans l'hystérie, parvenue même à un haut degré, de même, souvent cette douleur ne s'acompagne pas du cortége nerveux propre à l'hystérie. Ainsi l'opinion de ces auteurs se trouve en grande partie infirmée. Il ne repugne nullement d'admettre que le spasme hystérique soit sous la dépendance d'une irritation viscérale, agissant sur la moelle par une action centripète, et s'étendant ensuite au loin, par un mode centrifuge. La douleur spinale serait donc consécutive, et due à l'action centripète d'une cause morbide d'un viscère de la périphérie.

Cette question comporte de nouvelles

recherches cliniques. L'interprétation que je viens d'en donner trouve toutefois une sanction dans les récentes expériences de Charcot, qui ont fait voir qu'une irritation prolongée du centre spinal peut causer à la longue une altération matérielle, susceptible de se perpétuer, de s'aggraver par l'irritation répétée de la moelle épinière, par le seul accomplissement même des fonctions organiques, au moyen de la diffusion centripète.

Le fait qui va suivre est une telle preuve de l'influence que peuvent exercer les filets nerveux sur les organes situés à une grande distance, qu'il serait par cela seul intéressant, quand bien même il ne serait pas nouveau dans les annales de la médecine et dans les maladies propres à la femme.

Relatons-les d'abord ; nous ferons connaître ensuite l'interprétation qui nous semble la plus rationnelle.

—Mme F.G... me fut présentée par mon collègue et ami le Dr Man druzzati au sujet d'une toux étrange, dont il ne lui avait été possible de reconnaître ni la nature ni l'étiologie.

Mon confrère avait mis en œuvre, sans aucun bénéfice, tous les nervins connus contre cette toux, qui présentait les caractères non douteux d'une simple névrose. Soupçonnant une affection laryngée, il se décida à m'amener sa malade, me priant de pratiquer l'exploration laryngoscopique.

Le résultat de mon examen général fut le suivant.

Constitution délicate ; tempérament nerveux. Agée de 23 ans, Mme F. G... a passé sa vie dans l'étude et sous l'influence d'un travail exagéré, la nutrition a un peu souffert, par suite de la difficulté des fonctions digestives. Sa menstruation a été toujours régulière. Elle a eu, il y a deux ans, une première et unique grossesse qui a abouti à un avortement, au terme de trois mois.

Pour toute complication du côté des organes du bassin, la malade n'avait qu'un peu de leucorrhée et une douleur sacro-lombaire presque continuelle, qui s'exaspérait sous l'influence de la marche et de la station verticale.

L'examen minutieux des poumons, du cœur et des viscères abdominaux ne fournit que des données négatives. Il y a seulement une constipation ancienne et habituelle.

L'exploration laryngoscopique ne me permit de découvrir aucune altération de l'arrière-gorge ni des cordes vocales. Rien de particulier non plus dans toute la région de la colonne vertébrale. Aucun point douloureux sur le trajet des rameaux de la 5e paire.

Jusqu'ici donc, l'examen le plus minutieux ne m'avait fait obtenir que des données absolument négatives.

Je relevrai, toutefois, dans l'histoire de ma malade, deux points importants :

1° La toux n'était pas continuelle. Elle ne se produisait que le jour, par accès courts et fréquents ; se répétant 8, 10 fois de suite, et s'arrêtant pendant un temps variable, pour 1/2 heure au moins, deux heures au plus. La toux n'était accompagnée d'aucune expectoration. Circonstance des plus dignes de remarque : *cette tussicule se suspendait la nuit, et aussitôt que la malade se couchait en supination.* Cette attitude, même, était un moyen sûr de la faire cesser, lorsqu'elle devenait plus pénible que d'ordinaire.

2° Le second point qui attira mon attention fut le suivant : depuis plus d'une année, la malade avait des besoins fréquents d'uriner, et éprouvait des tiraillements douloureux dans la région lombaire.

Au premier moment j'avais soupçonné la présence, dans le larynx, d'un polype obstruant la glosse, lorsque la malade affectait la station verticale. Mais l'examen laryngoscopique m'avait démontré bientôt qu'une telle supposition n'avait rien de fondé, Tenant compte, enfin, de la fréquence de la miction et de la douleur sacro-lombaire, je fus amené à supposer que la toux devait trouver sa cause dans les organes génitaux, sans doute un déplacement de l'utérus.

L'examen de cet organe me décela alors les particularités suivantes :

L'utérus, augmenté de poids et de vo-

lume, affectait une direction anormale. Il existait une antéversion trop prononcée. Le corps était placé derrière le pubis, le col dans la cavité du sacrum; l'organe était aussi un peu infléchi sur lui-même. Dans la position horizontale, le col s'éloignait du sacrum; le corps du pubis, remontant en totalité, l'utérus se rapprochait de la position normale. Mon doigt constata la liberté de mouvement de l'organe et la facilité de le placer dans de justes rapports avec les axes du bassin.

Je pensai que la facilité avec laquelle s'opérait naturellement la réduction de l'utérus, par le seul fait de la supination, était la raison par laquelle s'expliquait la cessation de la toux, dans une telle attitude. J'estimai, par contre, que, dans une position inverse, l'utérus devait être le point de départ d'une irritation centripète portant sur la moelle épinière, se transmettant, par un mode centrifuge, en mettant en jeu le pneumo-gastrique, pour proproduire la toux.

Je soumis cette opinion à mon collègue, et proposai la réduction et le maintien de l'utérus au moyen d'un pessaire, avec l'espoir de faire ainsi cesser la toux, alors même que la malade conserverait l'attitude verticale.

Ainsi fut fait. Un pessaire Hodge, à cuvette courbe, fut introduit dans le vagin, maintenant l'utérus dans une bonne direction. Ce moyen si simple produisit aussitôt une suspension absolue et durable de la toux.

Là toutefois, ne s'est pas bornée ma curiosité. Après avoir laissé en place le pessaire pendant quelques jours, avec un résultat parfait, je me décidai à l'enlever, pour permettre à l'antéversion de se reproduire. Aussitôt les accès de toux se renouvelèrent, avec la même forme et la même intensité que par le passé. Par une contre-épreuve, l'agent de réduction fut de nouveau mis en place, et le phénomène réflexe disparut encore une fois.

La malade conserva longtemps, pendant près d'une année, son pessaire. Le volume de l'utérus diminua, et la réduction s'est si bien maintenue que, bien qu'ayant abondonné cet agent, Mme F. G... n'a plus été depuis lors reprise de cette toux nerveuse, qui la faisait souffrir depuis si longtemps.

Dans le cas qui précède, le rapport de la toux avec l'antéversion utérine est hors de toute contestation. La production de ce phénomène morbide s'explique par une irritation locale s'irradiant vers le centre, pour se transmettre, par une irradiation nerveuse, de ce centre vers la périphérie.

Quels étaient les rameaux nerveux compromis par le fait de ce déplacement de l'utérus? Cette perturbation était-elle le fait de la pression exercée sur la vessie par le corps de l'utérus? Cette innervation morbide était-elle due au tiraillement des nerfs utéro-sacrés? Faut-il invoquer la pression exercée par le col de l'utérus sur le plexus sacré? Il me serait difficile d'attribuer un juste rapport de causalité à l'une plutôt qu'à l'autre de ces causes. Il est possible que chacune d'entre elles ait contribué, pour sa part, à la production d'un phénomène aussi nouveau qu'intéressant. Quoi qu'il en soit, ce fait, avec une foule d'autres, il est vrai moins remarquables, établit la vérité de la loi des phénomènes réflexes, ainsi que l'influence qu'exercent les affections de l'utérus sur les manifestations morbides.

Ces considérations doivent engager les praticiens à accorder une plus grande confiance dans l'art de la gynécologie, qui fournit des éléments si précieux pour la guérison des maladies dont les femmes peuvent être atteintes.

Dr de A. Cristoforis Malachio.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Des fistules dentaires.

On donne le nom de fistules dentaires à des orifices cutanés ou muqueux qui sont l'origine d'un canal artificiel, aboutissant toujours à une dent malade.

Le siége habituel des fistules cutanées est à la face et dans les régions voisines, régions parotidiennes, temporales, cervicales. Elles ont été amenées le plus souvent par une périostite alvéolo-dentaire, déterminant un abcès migrateur. Ce sont surtout les molaires dont la racine est placée au-delà du cul-de-sac muqueux qui donnent lieu à ces fistules cutanées. On les rencontre surtout à la face, mais très-rarement sur la ligne médiane correspondante aux canines et aux prémolaires, qui déterminent plutôt des fistules muqueuses. Celles qui ont pour origine une dent de la mâchoire supérieure siégent presque toujours au voisinage de la joue vers la fosse canine, tandis que l'orifice de celles qui viennent de la mâchoire inférieure se trouve directement sur la mâchoire en avant de son angle ou dans la région massétérine ou parotidienne, quand ces fistules ont pour point de départ la dent de sagesse, ce qui est le cas le plus fréquent. D'autres fois, l'ouverture de l'abcès se fait très-loin de son point d'origine ; ainsi, il y a peu de temps, nous avons observé à Tours, en consultation avec M. le docteur Duclos, une fistule produite par une dent de la mâchoire inférieure, et dont l'orifice se trouvait au cou vers l'insertion sternale du sterno-mastoïdien.

Le plus souvent elles se présentent sous l'aspect d'une petite dépression rougeâtre, d'autre fois c'est une boursouflure violacée, rougeâtre, amincie. Tantôt il n'y a qu'un seul trajet ; d'autres fois, au contraire, il y a des trajets très-nombreux, laissant sourdre de la sérosité purulente. Le cathétérisme de ces trajets est toujours difficile, ils sont étroits, anfractueux ; très-rarement on arrive sur la mâchoire ou la dent, et il faut alors agrandir le trajet.

Souvent la palpation fait constater l'existence d'un cordon s'étendant de la peau jusqu'au voisinage de la mâchoire, ce sont les parois indurées du trajet qui donnent aux doigts cette sensation. Ces orifices ne donnent lieu à aucun écoulement pendant la mastication.

Que leur orifice soit unique ou multiple, que leur trajet ait une plus ou moins longue étendue, les fistules dentaires sont absolument incurables sans intervention chirurgicale.

Il est facile de diagnostiquer une fistule dentaire, mais il est quelquefois difficile de déterminer quelle est la dent qui est en cause. Plusieurs dents contiguës, en effet, peuvent être malades simultanément, et il est alors permis d'hésiter. La percussion des dents malades déterminera le choix le plus souvent ; d'abord la percussion est quelquefois un peu douloureuse, puis la dent rend un son particulier et présente ordinairement une coloration plus foncée. Quelquefois aussi on enlève la dent malade, et, malgré cela, la fistule ne guérit pas ; en faisant la dilatation du trajet pour explorer le maxillaire, on arrive sur une autre racine, la première dent malade a déterminé non-seulement une périostite et la fistule consécutive, mais elle a nécrosé la cloison alvéolaire voisine et mis à découvert une racine saine et blanche qu'il faut alors enlever pour la guérison de la fistule.

Enfin, je ne veux point terminer cette étude rapide sans vous mettre en garde contre une erreur de diagnostic dont nous avons observé un intéressant exemple sur le fils d'un de nos confrères. Je veux parler de fistules s'ouvrant dans les fosses nasales et la narine et prises pour un ozène. Un trajet fistuleux se dirigeant d'une dent

malade vers les narines permettra d'établir le diagnostic dans ces cas difficiles.

L'extraction de la dent ou des débris de la dent qui a occasionné la fistule est le seul traitement efficace de cette affection. On a proposé aussi l'emploi d'injections irritantes; mais ce moyen n'a jamais donné de succès.

Une méthode ingénieuse a aussi été essayée pour transformer en fistule gingivale une fistule cutanée, dans les cas où l'on sent très-bien le trajet fistuleux dans le cul-de-sac gingival. L'ouverture du trajet à ce niveau établit une fistule muqueuse et détermine la cicatrisation de l'orifice cutané; mais malheureusement la cure n'est pas durable le plus souvent, et la reproduction de la fistule constitue la règle.

(*Gazette des hôpitaux*).

Mort apparente d'un enfant causée par le chloroforme. Rappel à la vie. — Le 20 novembre 1874, un enfant âgé de six ans nous est amené à la consultation de l'hospice des Quinze-Vingts, tenu par M. le docteur Fieuzal, pour avoir un certificat de cécité. Il présentait sur l'œil gauche un staphylôme de la cornée avec leucôme adhérent, l'iris complétement accolé à la cornée opacifiée dans les trois quarts de son étendue, la partie supérieure seule ayant conservé sa transparence.

L'enfant est complétement aveugle; cependant il lui reste une perception quantitative de la lumière. Après avoir bien examiné la partie restée transparente de la cornée et nous être assuré qu'une pupille artificielle pouvait être tentée sur cet œil devenu staphylomateux, nous avons proposé aux parents de faire cette opération qui, pouvant donner un résultat optique, devait, dans tous les cas, produire un très-heureux effet sur la marche ultérieure du staphylôme. L'opération fut acceptée par les parents, et l'enfant étant endormi par le chloroforme, confié aux soins de notre confrère le docteur Gauran, l'iridectomie fut pratiquée en haut, dans la partie correspondant à la cornée restée transparente.

L'œil était mou, la friabilité de l'iris et l'abscence de chambre antérieure rendirent l'opération tout à fait difficile; l'iris ne venait que par fragments; cependant nous eûmes la satisfaction d'en enlever un lambeau suffisant, et pour ceux qui ont touché à des yeux ainsi affectés et qui savent quelles sont les difficultés qu'on a à surmonter, il y avait de quoi être satisfait du résultat obtenu.

L'éthérisation n'avait rien présenté de particulier; la période d'excitation avait été courte et rapidement suivie de collapsus. L'enfant ne voulait pas se laisser endormir; il résista de toutes ses forces, et au bout de deux minutes d'inhalations le collapsus arriva avec l'insensibilité; la respiration et le pouls ne présentaient rien d'anormal.

Le chloroforme qui servait ce jour-là avait déjà en partie été employé quelques jours auparavant, et ne présentait dans l'odeur qu'il exhalait rien qui pût faire craindre un résultat fatal (il nous est fourni par la Pharmacie centrale).

L'appareil dont nous faisons constamment usage est composé simplement d'un morceau de flanelle tendu sur une tige métallique recourbée qui, s'adaptant au-devant de la bouche et du nez, permet l'accès facile de l'air en même temps qu'il offre au chloroforme une assez grande surface d'évaporation. Ces conditions permettant d'obtenir l'anesthésie avec une quantité peu considérable, quelques grammes seulement de chloroforme, nous ajouterons, ce qui n'est pas indifférent, qu'avec ce procédé on n'est pas exposé, comme avec le cornet, à répandre du chloroforme sur la peau, qu'on évite ainsi d'irriter et de brûler même, comme cela arrive fréquemment dans les procédés ordinaires.

Tout était fini : l'enfant ne respirait plus de chloroforme depuis plus de trois minutes, nous étions déjà passés dans la pièce à côté prévenir les parents qu'ils pouvaient rentrer dans la salle d'opération, lorsqu'en revenant près de l'enfant, nous fûmes frappés de stupeur en voyant sa pâleur mortelle, son facies cadavérique, ses lèvres décolorées, et nous eûmes la

douleur de constater qu'il n'y avait plus de battement du cœur, plus de pouls, plus de respiration.

Le docteur Gauran s'efforça aussitôt d'ouvrir la bouche, dont nous parvînmes à écarter les arcades dentaires à l'aide d'une cuiller métallique; la langue était appliquée derrière les arcades dentaires et nullement refoulée dans le fond de la bouche. Les parents furent renvoyés immédiatement; *l'enfant, suspendu par les pieds, entièrement renversé* et appuyé sur le fauteuil d'opérations, fut confié à notre confrère et à l'aide, tandis que nous nous mettions en mesure de faire la respiration artificielle.

Après une demi-minute de cette suspension par les pieds et une dizaine de fortes pressions sur la cage thoracique, la face de l'enfant commence à se colorer; il se produisit un mouvement de regorgement qui fit sortir quelques glaires visqueux; nous continuons la respiration artificielle une minute environ, après quoi nous replaçons l'enfant sur le fauteuil dans la position horizontale, la face inclinée de côté et un peu plus bas que le reste du corps; on ouvre largement les fenêtres, et nous nous mettons en devoir de fouetter vigoureusement la face et la poitrine avec la main, tandis que notre ami en fait autant, de son côté avec un linge mouillé.

Le facies reste encore pâle; mais, sous cette énergique révulsion cutanée, le pouls commence enfin à reparaître, filiforme d'abord, puis bientôt il se relève : la respiration se régularise, et des vomissements arrivent par saccades, peu abondants et spumeux.

L'enfant, transporté à l'air, ne tarde pas à retomber dans la somnolence qui suit les éthérisations complètes; mais la respiration et la circulation sont normales, et après lui avoir fait son pansement, nous le faisons transporter dans son lit, près de la fenêtre. Il conserva pendant plusieurs heures un état d'hébétude entrecoupé de vomissements qui furent surtout abondants dans la soirée, dix heures encore après l'opération.

La nuit fut excellente, et personne heureusement dans l'entourage n'a su le danger auquel cet enfant avait échappé, et lui moins que personne.

Il est hors de doute cependant que cet enfant a été tiré de la mort grâce à l'intervention décisive et prompte qui a été prise à son égard.

(*Journal de chimie médicale.*)

Fracture du col du fémur; *Méthode pour la guérir sans raccourcissement*, par le Dr Jacquet, *de Braine-le-Comte*. — Au lieu de lutter contre les raccourcissements du membre par des machines ou appareils à extension et contre-extension permanente ou interrompue, au lieu de recourir aux bandages amidonné ou plâtré dont une bonne application et le maintien exact et continu sont souvent très-difficiles dans cette région, M. Jacquet s'attache à maintenir exactement les deux fragments en contact par une compression circulaire de tout le bassin, portant plus particulièrement sur les grands trochanters. Son appareil consiste en un bandage de corps ou ceinture faite en toile solide et fermée par des courrois et des boucles placées au-devant du pubis.

Le degré de constriction doit être porté au point de neutraliser et d'anéantir l'action des muscles trochantériens, notamment des fessiers, et de maintenir les membres dans une parfaite immobilité sur le bassin, tout en conservant au membre fracturé la longueur qui lui a été donnée par la réduction et la coaptation exécutées préalablement.

M. Jacquet a fait l'application de sa méthode sur deux malades dont il donne les observations. Il a maintenu ses deux patients au lit pendant six semaines avec des alternatives de relâchement et de resserrement de l'appareil, sans qu'il se manifestât aucun changement dans l'attitude donnée au membre, et il eut la satisfaction lors de la levée de l'appareil, de les trouver parfaitement guéris sans raccourcissement du membre fracturé.

Le système préconisé par M. Jacquet et l'appareil au moyen duquel il le met à exécution sont-ils nouveaux dans la pratique? Cela nous est bien indifférent.

Il nous suffit de savoir, ainsi que l'affirme M. le professeur Soupart, dans le rapport qu'il a fait sur ce travail à l'Académie, que toutes les indications si bien prescrites par Malgaigne, M. Jacquet les a parfaitement remplies à l'aide de son bandage et de la fixité des pieds entre eux, et que deux fois le succès a couronné d'une façon remarquable sa manière de procéder, puisque la guérison a été obtenue sans raccourcissement.

S'il en est ainsi, dit M. Soupart, et si d'autres faits viennent donner à ceux-ci la consécration qu'ils réclament, nul doute que le système de traitement et l'appareil de M. Jacquet doivent être préférés à tous les autres employés dans le même but, car, à part l'avantage que présentent les appareils amidonnés et plâtrés de permettre au patient de quitter le lit, il l'emporte sur eux, par sa simplicité, par la possibilité de le rencontrer ou de le fabriquer partout et instantanément, par la facilité de son application et la faculté d'en varier le degré de striction sans changer la position du malade et sans s'exposer à déranger les fragments de l'os fracturé.

A tous ces avantages, l'appareil de M. Jacquet, qui peut subir des perfectionnements, joint encore celui d'aider à prévenir les eschares qui, chez les sujets débilités, sont la suite du décubitus sur le sacrum. Le soutien des parties, exercé et réparti d'une manière égale sur tout le pourtour du bassin, doit concourir à ce résultat.

(*Archives belges de thérapeutique*).

Hydropisie très-prononcée : dégénération graisseuse et friabilité du placenta. — Le Dr John Brunton exhibe un placenta dont le volume a été considérable, mais qui s'est ratatiné et considérablement réduit par la macération dans l'esprit-de-vin. La malade était une robuste primipare. Le travail s'est prématurément établi, au terme de six mois. La main droite et le pied gauche se sont à la fois présentés. L'enfant a succombé aussitôt après sa naissance. Une grande partie du placenta avait été expulsée, suivie bientôt de trois autres portions du délivre. La malade était dans un état avancé d'hydropisie. L'urine était chargée d'albumine. Le rétablissement a été complet. (*Société obstétricale de Londres*).

La galvanocaustique dans la chirurgie oculaire, par le Dr J. Samelsohn, de Cologne. (*Archiv für Augen und Ohrenheilkunde*, t. III, 1ère liv. 1873. — L'auteur a employé cet agent thérapeutique contre les affections suivantes : 1° fistules du sac lacrymal ; 2° occlusion du sac lacrymal ; 3° trichiasis et distichiasis ; 4° blépharite ulcéreuse ; 5° tumeurs cancéreuses ; 6° trachome de la conjonctive.

BIBLIOGRAPHIE.

D'un traitement nouveau des névroses et en particulier de **l'Epilepsie**, par le Dr Gélineau, d'Aigrefeuille-d'Aunis : prix 50 c. chez l'auteur.

Nous avons lu avec plaisir cette brochure bien conçue, assez scientifique pour intéresser le médecin, assez pratique pour être à la portée de tous les malades sans lasser leur attention. Elle devrait être le *vade-mecum* des personnes affligées par les névroses. Les développements que l'auteur a donnés au chapitre de l'épilepsie en particulier révèlent un observateur attentif qui a, depuis longues années, sans aucun doute, fait de cette maladie le sujet favori de ses études. Il cherche, dans toutes ses pages, à relever le courage de ceux qu'on a appelés à bon droit, et sans qu'ils le méritent hélas! les parias de l'humanité, et les déshérités de la médecine. L'auteur cite, pour les encourager à ne pas s'abandonner au désespoir, des exemples de guérisons confirmées par les années et d'améliorations récentes et rapides, dans les cas les plus rebelles, les plus anciens, où on avait *tout essayé!*

Aussi recommandons-nous à l'attention du public médical cette étude, modeste de prix comme d'apparence, mais riche en bonnes et sincères observations.

Des malades, prenant chaque jour 6 dragées bromo-arsenicales, ont pu continuer ce traitement pendant des années, sans être indisposés par la médication, sans ressentir aucune crise. Malheureusement, chaque suspension du traitement ne pouvait être de plus de trois mois ; souvent même les crises n'attendent pas un si long terme pour se montrer de nouveau.

C'est pour remédier à ce grave inconvénient que M. le docteur Gélineau a eu l'idée d'associer au médicament bromo-arsenical, la poudre de coque du Levant.

Les résultats, dans cette substitution, ne se firent point attendre : la suppression des crises devint presque immédiate ; quelques malades même purent cesser à peu près complétement le traitement, et cela sans voir reparaître leurs crises.

« Depuis les travaux récents de M. le docteur Planat, sur l'application de la picrotoxine au traitement de l'épilepsie, dit le Dr Gélineau, nous avons cru devoir remplacer la poudre de coque par l'alcaloïde. Les résultats seront-ils ce que nous espérons ? Pourrons-nous faire suspendre, après un certain temps, complétement le traitement ? C'est une ambition que nous rêvons de satisfaire depuis de longues années, et nous ne saurions trop engager nos confrères à nous venir en aide. »

Nous sommes heureux de le dire, en terminant, les dragées anti-épileptiques du docteur Gélineau sont présentées de la façon la plus honorable. Elles ne sont pas un remède secret et nous sommes heureux d'en donner la formule qui est la suivante :

Elles sont constituées par 1 gramme de bromure chimiquement pur, 1 milligramme de sel arsenical, et 2 dixièmes de milligramme de picrotoxine.

Leçons de thérapeutique générale et de pharmacodynamie, par le Dr A. de Fleury, professeur à l'Ecole de Médecine de Bordeaux.

Le livre du professeur de Fleury est dédié aux étudiants. C'est assez dire que l'auteur s'est efforcé de présenter, sous la forme la plus simple, les éléments de thérapeutique générale, et qu'il s'est abstenu de toucher aux problèmes ardus, par lesquels la physiologie confine à la philosophie.

Ce livre n'est, à vrai dire, qu'un ensemble d'études sur l'art thérapeutique, se formulant dans une série très-méthodique des médications. On ne trouve pas, dans ces leçons, l'histoire détaillée des agents secondaires de la thérapeutique ; ce n'est pas, en effet, un traité complet de thérapeutique. Mais toutes les médications y sont étudiées, et aucune substance de quelque valeur n'est omise, à l'occasion de la médication qui la comporte.

L'auteur enfin, a fait dans son travail, selon les limites du cadre restreint qu'il s'était tracé, la part de quelques nouveautés médicinales. C'est ainsi que la propylamine, le koumys, le jaborandi, le coca, l'eucalyptus globulus, le paullinia sorbilis, le proto-bromure de camphre, le carbo-azotate d'ammoniaque, toutes conquêtes récentes de la thérapeutique, ont leur page ou leur mot, dans l'œuvre du professeur de Bordeaux.

Nous pouvons le dire, en terminant, le livre de M. de Fleury sera consulté avec fruit, non-seulement par les élèves, selon l'objectif de son trop modeste auteur, mais par tous les praticiens qui pourront, à une telle source, rafraîchir leurs souvenirs, apprendre bien des particularités intéressantes qu'ils ignoraient, sur des éléments de thérapeutique d'un usage journalier, s'édifier, enfin, sur le compte de divers agents nouveaux, connus à peine de nom par la plupart d'entre nous.

Pour mettre le dernier trait à cette trop sommaire analyse, rappelons que deux ouvrages de M. de Fleury ont déjà été couronnés. C'est dire assez la valeur de l'auteur, et le fond que l'on doit faire sur sa nouvelle production, dont le succès nous paraît assuré, non-seulement parmi les étudiants, mais aussi parmi les praticiens expérimentés, désireux de s'instruire, et d'élargir le cercle de leurs connaissances en matières de thérapeutique et de pharmacodynamie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

—

Séance du 31 août 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Pansement ouaté. — M. Gosselin vient présenter à l'Académie, comme il le lui avait annoncé, quelques observations sur le *pansement ouaté*, qui a été l'objet d'une revendication de M. Alphonse Guérin contre les prétentions fort mal justifiées de M. Burggraeve.

Le désir de M. Gosselin est d'ajouter quelque chose à la communication de M. Alphonse Guérin : de formuler *pourquoi et comment* son appareil est bon.

Cet appareil est bon, suivant lui : 1° parce qu'il met à l'abri de l'inflammation suppurative trop insense; 2° parce qu'il satisfait à cette indication par la grande qualité d'être un pansement rare, qui maintient sans interruption l'occlusion, la protection, l'immobilisation, l'uniformité de température sans compter le peu de sensibilité des parties et la satisfaction morale du malade, toutes conditions qui, si la santé antérieure n'est pas trop mauvaise et si l'hygiène atmosphérique n'est pas trop défectueuse, conduisent à ce résultat très-simple et cependant bien grand : la formation, rapide et sans entraves, d'une membrane pyogénique ou granuleuse essentiellement et rapidement réparative.

Voilà quels sont, d'après M. Guérin, les grands mérites de ce mode de pansement. Quant à empêcher la production de vibrions, de bactéries, de corpuscules organisés, s'il a parfois ce résultat, souvent aussi, comme l'ont démontré de très-nombreux examens microscopiques du pus qui y était contenu, il est inefficace à ce point de vue, et cependant, en pareil cas, il n'a pas été moins utile pour le malade. Il faut donc croire qu'en dehors de ces éléments organisés, il existe également dans l'air certains principes nuisibles qui sont écartés par l'occlusion plus ou moins complète résultant de l'application du pansement ouaté.

M. Jules Guérin, tout en reconnaissant les avantages de pansement ouaté de M. Alphonse Guérin, rappelle qu'il a employé, pendant le siége de Paris, particulièrement dans l'ambulance de la rue des Saints-Pères, et qu'il a montré à l'Académie des appareils à l'aide desquels il a pratiqué l'occlusion pneumatique, bien supérieure, suivant lui, au pansement ouaté.

Ces appareils ont été laissés appliqués, sans inconvénients pendant dix, quinze, vingt et même trente jours, sans être renouvelés. Lorsqu'il y avait indication de laver la plaie, on pouvait le faire sans exposer celle-ci au contact de l'air, ce que le pansement ouaté ne permet pas de faire. M. Jules Guérin déclare avoir traité ainsi un grand nombre de blessés atteints de plaies très-graves par armes à feu et même de fractures comminutives des extrémités articulaires, et n'avoir pas perdu un seul de ces blessés.

Il faut savoir que, dans certains cas de plaies par armes à feu le pansement ouaté a été impuissant à prévenir les fusées purulentes. M. Gosselin, dans ses communications, a dit que, sur neuf opérés auxquels il avait appliqué le pansement ouaté, il en avait perdu deux.

M. Alphonse Guérin répond que le pansement ouaté n'est pas, à vrai dire, un pansement par occlusion. Les expériences faites dans le laboratoire de M. Pasteur ont montré que la ouate tassée dans un tube aussi fortement qu'il soit possible de le faire, n'empêche nullement l'air de la traverser; l'air passe donc à travers les couches de la ouate dans le pansement de ce nom et arrivé nécessairement au contact des liquides sécrétés à la surface de la plaie. Le pansement ouaté ne produit donc pas l'occlusion complète. M. Alphonse Guérin le regrette, car l'idéal pour lui serait de soustraire complétement la surface des plaies au contact de l'air.

Séance du 7 septembre 1875.

Présidence de M. GOSSELIN.

De même que les séances précédentes, celle d'aujourd'hui subit l'influence des vacances. C'est à peine s'il y a une trentaine de personnes dans la salle, académiciens et public. — Malgré cela, la discussion sur la myopie est reprise. M. J. Guérin donne lecture à l'Académie d'une communication qu'il a faite à l'Institut sur la myopie, en 1841. Après quelques remarques de M. Giraldès, l'Académie passe à la discussion du *pansement ouaté*.

M. Alph. Guérin fait sur ce mode de pansement une communication très-intéressante. Nous nous proposons d'en parler avec détails lorsque M. J. Guérin aura, selon sa promesse, présenté un travail complet sur les blessés qu'il a soignés dans les ambulances pendant la guerre de 1870-1871. — MM. Gosselin et Bonnafont donnent quelques renseignements sur les résultats qu'ils ont observés dans la pratique et la séance est levée à 5 heures.

Séance du 14 septembre 1871.

Présidence de M. CHATIN.

Après le dépouillement de la correspondance, M. Giraud-Teulon a la parole pour la continuation de la discussion sur la *myopie*. L'éminent spécialiste entre dans des détails intéressants sur le rôle des différents muscles de l'œil dans l'adaptation de cet organe aux différentes distances. — Après quelques observations de M. J. Guérin, la séance est levée à 4 heures 1/4.

CHRONIQUE ET MISCELLANÉES.

Corps de santé militaire. Par décret en date du 18 août 1875, ont été promus :

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Mabillat et Badour.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Ribard, Boyer, Lachappelle et Mazellier.

Au grade de pharmacien de 1re classe : M. Babeau.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Barille.

***

Voyage de M. Depaul et de Mme de Soyre au Brésil. — M. le professeur Depaul et Mme de Soyre, sage-femme en chef du service d'accouchement à l'hôpital des cliniques, sont partis ces jours derniers pour le Brésil. Ils sont appelés auprès de la comtesse d'Eu, fille de l'empereur du Brésil, qui doit accoucher prochainement et a désiré confier le soin de son accouchement à l'éminent professeur de la Faculté de Paris. M. Depaul se fait accompagner de sa femme et de son fils qui vont faire avec lui ce long voyage.

Chacun de nous doit se féliciter d'un double choix, qui porte bien l'honneur de l'obstétrique française.

***

Une victime du devoir professionnel. — On lit dans le *Sud médical*: La *Gaceta de Sanidad militar* témoigne un juste regret de la mort du docteur Léon Roces, qui a succombé dans l'accomplissement de ses devoirs, pendant le terrible combat de Camporrels. La mort de ce médecin a été héroïque : à peine âgé de 20 ans, il a sacrifié volontairement sa vie par un sentiment exquis de l'honneur et dans un intérêt humanitaire.

Absorbé tout entier au plus fort de l'action à prodiguer les secours de son art aux infortunés blessés, Roces ne s'aperçut pas que son corps d'armée, en se repliant rapidement, le plaçait dans la ligne de feu.

Il ne comprit la situation qu'en voyant la mort atteindre les blessés mêmes, auxquels il donnait ses soins. En vain l'aumônier et son aide l'appellent, Roces, seul debout s'avance vers l'ennemi en agitant un mouchoir blanc. « Respectez les blessés ! leur crie-t-il, je suis médecin, l'unique défenseur de ces victimes ; au nom de la civilisation et pour l'honneur de l'Espagne, je réclame leur vie sauve. » Les carlistes n'entendirent pas cet appel et répliquèrent par une décharge. Notre héros ainsi que les blessés auxquels il voulait sauver la vie tombèrent frappés mortellement.

Pauvre martyr !

*
* *

On lit dans le numéro de septembre des *Annales de Gynécologie :*

« Nous apprenons que le Dr Flectwood Churchil, le savant gynécologiste de Dublin, s'est retiré de la pratique médicale, qu'il a exercée honorablement pendant plus de quarante ans.

Cet éminent praticien souffrait depuis plusieurs années d'une maladie de la hanche, qui le gênait considérablement pour marcher.

Il avait publié récemment une nouvelle édition (la 6e), de son livre sur les maladies des femmes, dont les médecins français ont pu apprécier la valeur et le sens éminemment pratiques.

Le Dr Churchil se propose maintenant d'utiliser ses loisirs à revoir les divers ouvrages qu'il a publiés. Nous ne pouvons qu'être heureux de cette détermination qui couronnera dignement une carrière si bien remplie, et nous fournira les résultats d'une expérience si vaste et si féconde. »

*
* *

— Une lettre publiée par l'*American Register* à Paris, nous fait un triste tableau de cette capitale de l'empire allemand qui, au lendemain de la guerre de 1870-71, semblait devoir éclipser toutes les autres grandes cités de l'Europe et devenir le centre d'attraction de tout l'univers.

« Le commerce, écrit le correspondant, va si mal et la vie est si chère à Berlin, que les habitants désertent la ville par centaines. Il est étonnant que cet exode n'ait pas commencé plus tôt, par la raison seule que Berlin est probablement la ville du monde la plus insalubre.

» Les décès y sont annuellement dans la proportion de 461 par 10,000 habitants, tandis que la proportion n'en est que de 214 à Londres ; et il n'existe certainement aucun avantage de situation ou de beauté de vues qui compense la nature délétère de l'atmosphère. Les rues sont traversées par des égouts à découvert ; la campagne des alentours est un désert de sable, et la rivière de la Sprée est un bourbier croupissant.

» Les Berlinois ont organisé une « Société d'épuration », dont la tâche est de purifier leur langue de la souillure de phrases et de mots étrangers ; ils feraient bien mieux de s'appliquer à la purification de leur ville des exhalaisons infectes et de se rendre à l'évidence, que de l'eau pure et un air frais sont nécessaires pour la santé. »

*
* *

M. le Dr Mallez commencera ses conférences gratuites sur les maladies de l'appareil urinaire à sa clinique, 3, rue Christine, le lundi, 27 septembre, à une heure, pour les continuer les mercredis, vendredis et lundis suivants.

L'examen des malades aura lieu à midi et demi.

M. le Dr Jardin fera répéter à MM. les élèves les exercices pratiques de chimie et de micrographie pathologiques applicables aux maladies des voies urinaires.

*
* *

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — *Du 3 au 10 septembre* on a constaté 824 décès, savoir : variole, 8 ; rougeole, 13 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 15 ; érysipèle, 4 ; bronchite aiguë, 20 ; pneumonie, 38 ; dysenté-

rie, 3 ; diarrhée cholériforme des enfants, 38 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 13 ; croup, 15 ; affections puerpérales, 4 ; autres affections aiguës, 249 ; affections chroniques, 359 (dont 148 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 32 ; causes accidentelles, 18.

Du 10 au 17 septembre, 825 décès ainsi répartis : variole, 2 ; rougeole, 12 ; scarlatine, 4 : fièvre typhoïde, 19 ; érysipèle, 2 ; bronchite aiguë, 16 ; pneumonie, 31 ; dysentérie, 2 ; diarrhée cholériforme des enfants, 45 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 14 ; croup, 16 ; affections puerpérales, 9 ; affections aiguës, 261 ; affections chroniques, 329 (dont 187 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 31 ; causes accidentelles, 32.

—

Nécrologie.

Nos tristes prévisions ne se sont que trop tôt réalisées. M. le Dr Duchenne (de Boulogne) a succombé samedi à la maladie qui ne laissait aucun espoir à ses amis. Ses obsèques ont eu lieu lundi, 20 septembre, à midi, à l'église Saint-Roch, au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis. Le corps sera transporté et inhumé à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais).

Ce n'est pas sans amertume que l'on peut se demander ce qu'ont vallu, au point de vue honorifique, à notre éminent et sympathique confrère tant de labeurs, tant de travaux utiles. Il n'a eu ni chaire, ni laboratoire subventionné, ni service d'hôpital. Bref, on pourrait lui appliquer en la modifiant quelque peu, l'épitaphe que Piron, le philosophe cynique, a fait graver sur son tombeau : *Duchenne ne fut pas même académicien !* N'est-il pas à déplorer que des sociétés savantes refusent d'ouvrir les portes du cénacle à des hommes qui, par leur présence, ne feraient, à tout prendre, que l'honorer.

***

Le Dr Jahr, le célèbre disciple d'Hahnemann, vient de mourir à l'âge de 75 ans, à Bruxelles, où il avait été s'établir, ayant été forcé de quitter Paris au moment de la guerre Franco-Allemande.

Le Dr Jahr était docteur en médecine, en philosophie et en théologie. Ses travaux ont été considérables, et plusieurs de ses livres ont été traduits en plusieurs langues. Cette nouvelle retentira douloureusement dans tous les coins du globe où la doctrine Hahnemannienne compte des adeptes. Après le nom d'Hahnemann, celui de Jahr était, sans contredit le plus connu, le plus populaire.

***

M. Philippe Racouchot, étudiant en médecine, mort à l'âge de vingt ans, de la variole qu'il avait contractée, dans son service, à l'hôpital temporaire. C'est la deuxième victime que cette épidémie fait dans le personnel de cet hôpital.

M. Baroux, reçu docteur en 1837, mort à Paris.

M. le Dr Eissen, médecin cantonal à Strasbourg, mort à l'âge de soixante-dix ans.

M. Tavernier, reçu docteur en 1841, mort à Paris.

VARIÉTÉS.

Le dompteur Bidel et ses fauves.

Dans notre capitale, qui ne connaît Bidel, Bidel le beau dompteur, Bidel la coqueluche des dames de Paris ? Rien n'a manqué à la gloire de cet *homme illustre*, pas même un procès avec son propriétaire, désireux de se débarrasser au plus tôt d'un aussi incommode que redoutable locataire ! . . . .

Bidel a-t-il déployé sur les juges le même pouvoir fascinateur que sur ses fauves ? Toujours est-il que le digne propriétaire a été débouté de ses prétentions. Certes, personne ne le plaindra, car c'est une race à part, et assez peu sympathique que celle dans laquelle est classé le *propriétaire Parisien*.

En ce moment, l'*illustre* Bidel est en *villégiature* (*sic*) à Saint-Cloud, avec ses

lions, ses tigres, ses panthères, ses hyènes, ses moutons, ses ours. Fi donc du *merle blanc* ; cet animal réputé à tort mythologique, car nous en avons vu, de nos yeux, un spécimen..... *empaillé*. Bidel, chacun peut s'en assurer, a mieux que cela. N'a-t-il pas *mirabile visu!* n'a-t-il pas son *orang-outang blanc*, nouveau chaînon qui relie l'homme aux quadrumanes? Le singe de Bidel, en effet, ressemble, trait pour trait, à l'*homme-chien* qui, lui aussi, a eu ses beaux jours et sa célébrité éphémère : *sic transit gloria mundi!* N'a-t-il pas fait courir, pendant 4 ou 5 mois, tous les badauds de Paris?...

Mais revenons à Bidel. Quel point de notre planète compte-t-il bientôt choisir pour devenir le théâtre de ses nouveaux exploits? C'est un mystère qu'il ne nous intéresse que médiocrement d'approfondir. Nous nous bornons à lui souhaiter, par pur sentiment humanitaire, que le ciel le préserve des dents carnassières de ses féroces pensionnaires, et de la fin tragique qui, si souvent, a tranché le fil de la destinée d'un si grand nombre de ses émules.

Quoi qu'il en soit, Bidel étant un personnage *sui generis* qui pourrait bien être jugé digne de figurer dans la bibliographie des illustrations contemporaines, nous croyons être agréable à nos lecteurs, en faisant passer sous leurs yeux quelques renseignements empruntés au *Mouvement médical*, sur le fameux belluaire qui, pendant quelques mois, a exercé une si grande attraction sur l'esprit des bons habitants de Paris.

***

Voilà deux fois que je cite Bidel. Je n'en suis pourtant pas amoureux, et d'ailleurs, il me serait difficile de l'être comme certaines dames qui affectent ou ont affecté de l'être envers ce fameux dompteur. Oui, je cite Bidel, car il travaille bien, et je doute que véritablement on puisse faire plus ou mieux que lui, à commencer par Pezon, son concurrent, malgré le défi dont on me parlait ces jours derniers (1).

Oui, Bidel m'a fait passer une agréable soirée lundi dernier, grâce à toi, cher rédacteur en chef, pour qui le dompteur a été d'une gracieuseté, d'une amabilité dont on pourrait douter, alors qu'on parle d'un homme qui vit au milieu des bêtes féroces. J'ajouterai que Bidel est homme du monde ; bref, il est fort bien.

Veux-tu avoir la bonté, à ce dernier propos, de me permettre non pas de te réciter, « mon Buffon » que je sais si bien par cœur, me dis-tu, mais de conter à tes lecteurs tout ce qu'il est utile de se rappeler au sujet des deux quadrupèdes les plus forts et les plus féroces de la nature, je veux parler du *lion* et du *tigre*, et puisqu'il ne s'agit que du dompteur, je ne parlerai que de leurs caractères.

Le *lion* né sous le soleil brûlant de l'Afrique et des Indes est le plus fort, le plus fier, le plus terrible de tous les animaux; le lion d'Amérique est inférieur, il est plus doux que celui d'Afrique. Pourquoi cette différence? L'excès de férocité provient de l'excès de chaleur. Ainsi les lions du mont Atlas, dont la cime est quelquefois couverte de neige, n'ont ni la hardiesse, ni la force, ni la férocité des lions du Biledulgerid ou du Zaara, dont les plaines sont couvertes de sables brûlants. C'est dans les déserts ardents que l'on rencontre les lions les plus terribles; ils sont l'effroi du voyageur, le fléau des provinces voisines ; l'espèce en est, heureusement, peu nombreuse.

Le lion n'a d'autres ennemis que l'homme.

Dans les terres inhabitées qui sont au-dessus du pays des Hottentots, en général, dans toutes les parties méridionales de l'Asie et de l'Afrique, où l'homme n'a pas daigné habiter, dans les vastes déserts du Zaara, les lions sont plus hardis, parce qu'ils ne connaissent pas la puissance de l'homme, et qu'ils n'ont pas éprouvé la force de ses armes. Un seul lion de cette espèce est capable de tenir tête à une ca-

(1) On disait que Pezon proposerait le défi à Bidel d'entrer dans une de ses cages, mais que lui entrerait dans la grande cage de Bidel avec tous les lions et lionnes, etc., y réunis. Rendons de suite justice à ce dernier dompteur; il a un lion superbe, Brutus, avec lequel il « travaille » très-bien. Pezon a son genre, et puis voilà tout, nous ne l'en applaudissons pas moins.

ravane, et vous ne le verrez jamais tourner le dos ou les talons. Par contre, les lions qui habitent les environs des bourgades de l'Inde et de la Barbarie, ayant connu l'homme et la force de ses armes, « ont perdu leur courage au point d'obéir à sa voix menaçante, de n'oser l'attaquer, ou de se jeter sur le menu bétail, enfin de s'enfuir, en se laissant poursuivre par des femmes et des enfants. »

Cet adoucissement dans le naturel du lion indique assez qu'il est susceptible des impressions qu'on lui donne, et qu'il doit avoir assez de docilité pour s'apprivoiser jusqu'à un certain point et pour recevoir une espèce d'éducation. N'a-t-on pas lu que des lions avaient été attelés à des chars de triomphe? L'histoire ne mentionne-t-elle pas des lions conduits à la guerre, ou menés à la chasse, fidèles à leurs maîtres qu'ils défendaient au besoin?

Pris très jeune et élevé parmi les animaux domestiques, le lion s'accoutume parfaitement à vivre de ce régime; néanmoins, il ne faut pas lui laisser souffrir trop longtemps la faim, car ses mouvements sont très-impétueux (Bidel, avant sa séance, fait toujours servir un morceau de viande fraîche à ses animaux) et ses appétits fort véhéments. Il ne s'agit pas non plus de le contrarier en le tourmentant hors de propos, il garde rancune des mauvais traitements, comme il est reconnaissant des bienfaits. Il n'est cruel que par nécessité; il ne détruit qu'autant qu'il consomme; en cela il est bien différent du tigre!

Sa figure est imposante, son regard assuré, sa démarche est fière, sa voix terrible, sa taille bien prise et bien proportionnée, il a la force unie à l'agilité; il est solide et nerveux. Chez le lion « tout est nerf et muscle. » (Buffon.)

La captivité, le manque d'exercice, la contrainte et l'ennui ne font qu'affaiblir sa santé et abréger sa vie.

Toutes les passions du lion sont excessives; — l'amour maternel est extrême.

Le rugissement est sa voix ordinaire; c'est un cri prolongé, tandis que, en colère, sa voix change; c'est un autre cri; court et réitéré subitement; dans ce dernier cas il se bat les flancs de sa queue, il en bat la terre, agite sa crinière, remue ses gros sourcils, montre des dents menaçantes, et tire une langue armée de pointes très-dures.

Le *tigre* est le second des animaux carnassiers. Il est « bassement féroce, cruel, sans justice. » Il est donc plus à craindre que le lion. Quoique rassasié de chair, il semble toujours altéré de sang. Il est trop long de corps, trop bas sur jambes; il a la tête nue, les yeux hagards, la langue couleur de sang, toujours hors de la gueule; il a les caractères de la basse méchanceté, et il est d'une insatiable cruauté: il dévore ses propres enfants!

Cette espèce n'est pas nombreuse, elle se trouve au Malabar, à Siam, au Bengale.

Il est d'une vitesse et d'une légèreté excessives. On ne peut, dit Buffon, en fléchir le naturel? « ni la force, ni la contrainte, ni la violence ne peuvent le dompter, il déchire la main qui le nourrit, comme celle qui le frappe, il rugit à la vue de tout être vivant. Quant au tigre royal, ce n'est pas une espèce particulière et différente du vrai tigre, elle se trouve aux Indes orientales et non au Brésil, comme on l'a souvent écrit ou dit.

Si Buffon voyait Bidel dans sa *Cage-théâtre*, au milieu de ses lions, lionnes, tigres, hyènes, éléphant sur le dos duquel un singe est monté, ours (dont un qui danse toujours), loup et mouton, il serait bien étonné, surtout en ce qui regarde le tigre. Il aurait fait comme moi, il aurait applaudi ce beau dompteur, et lui aurait adressé ses félicitations.

J'ajoute, en terminant, que l'on voit chez Bidel un superbe Orang-Outang entièrement blanc et dont la ressemblance est frappante avec l'Homme-Chien. J'entendais dans la salle quelques gommeux individus s'écrier, alors que l'on exhibait cet orang : *Tiens, Littré*? Je regrette vivement de ne pas avoir été à côté d'eux, je me serais permis de leur souhaiter l'esprit de ce savant honoré et honorable, qui a su et sait immortaliser son nom.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

V. Adrien Delahaye et Cie, Éditeurs.

Des urines ictériques, et pseudo-ictériques, par le Dr Rousseau. In-8°, 2 fr. 50.

De quelques principes fondamentaux de la thérapeutique. Applications pratiques. Recherches sur les propriétés thérapeutiques du sulfate de quinine, de l'eau froide, de l'arsenic, du seigle ergoté, du tannin, et du permanganate de potasse, de la pathogénie des lésions morbides, et du traitement rationnel du choléra, par le Dr Duboué (de Pau). 1 vol in-8°, 2 fr. 50.

Conférences de clinique chirurgicale faites à l'hôpital Saint-Antoine, par le Dr Benjamin Anger, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris. In-8°, 2 fr.

Études cliniques sur quelques tumeurs malignes du maxillaire supérieur et principalement sur le cancer de cet os, par le Dr Guillaume. In-8°, 2 fr.

De la marche et de la durée du chancre syphilitique, et des syphilides vulvaires, pendant le cours de la gestation, par le Dr Cernatesco, In-8°, 2 fr.

Essai sur les signes ou diagnostic de l'insuffisance mitrale, par le Dr Tribon, In-8°, 1 fr. 50.

Du rôle des parasites dans la diphthérie, par le Dr Duchamp. In-8°, 1 fr. 50.

Considérations sur les mouvements de l'iris, par le Dr Debouzy. In-8°, 1 f. 50.

Étude sur le catarrhe de l'oreille moyenne dans le cours de la rougeole, par le Dr Cordier. In-8°, 1 fr. 50.

La pleurésie dans la gangrène pulmonaire, par le Dr Bucquoy. In-8°, 1 fr. 50.

Du staphylome opaque et de son traitement, par le Dr Duquesnay, In-8°, 1. fr. 50.

Contribution à l'étude de la gale, par le Dr Mailhetard. In-8°, 1 fr. 50.

Leçons cliniques sur une nouvelle méthode de traitement de la blennorrhée (goutte militaire), par le Dr Tartenson. In-8, 1 fr.

Guide annuaire de l'étudiant en médecine et en pharmacie, contenant: législation; emploi du temps de l'élève; personnel, cours et prix de la Faculté, de la Société de chirurgie et de l'enseignement libre (prix fort); dissection; école pratique; examens; concours; journaux de médecine; libraires; écoles préparatoires; école de pharmacie; médecins étrangers; officiers de santé; élèves sages-femmes. Nouvelle édition, année scolaire, 1875-76, 4e année. par le Dr J.-A. Fort, professeur libre d'anatomie. Un petit volume de 500 pages. Prix: 1 fr. 50.

Coup d'œil sur les indications, les contre-indications et l'usage des eaux minérales de Contrexeville (source du Pavillon), par le Dr Tannin-Despalles. In-8, 1 fr.

Du traitement de la syphilis, par les fumigations mercurielles, par le Dr Ch. Mauriac, médecin à l'hôpital du Midi. In-8°, 1 fr.

Leçons de thérapeutique générale et de pharmacodynamie, par le Dr Armand de Fleury, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, etc.

P. Asselin, éditeur.

Recherches expérimentales sur le mécanisme de la déglutition, par le Dr Louis Fiaux, 1 vol. gr. in-8° de 150 pages, avec 2 planches. Prix : 3 fr. 50.

Des arthropathies d'origine nerveuse, par le Dr A. Blum, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 105 pages avec une planche. Prix : 3 fr. 50.

Boîte aux lettres.

4508. — Dr Dam., à Alençon. — Impossible de nous répéter si longuement à si courte échéance; sera reproduit dans le tirage à part; envoyez vos clichés et prenez patience.

Le Rédacteur en chef-gérant.
Dr Hamon de Fresnay.

N° 20. — 15 OCTOBRE 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

HOPITAL LARIBOISIÈRE.

Service de M. le Dr Tillaux.

1° Affections de l'oreille.

a. Cathétérisme de la trompe d'Eustache. — *Engouement de la caisse. — Epanchement de sang dans l'oreille moyenne.* — M. Tillaux pratique le cathétérisme de la trompe d'Eustache en ayant soin de se servir d'une sonde d'argent (modèle de M. Bonnafont). — La courbure de cette dernière diffère de celle de la sonde d'Itard en ce qu'elle est de près de 31°, ce qui permet au bec de l'instrument de pénétrer plus avant, de 1 centim. environ, dans la trompe, la sonde d'Itard laissant échapper dans le pharynx la plus grande partie de l'air qui est insufflé.

Dans le mécanisme de ce cathétérisme, ce chirurgien insiste tout particulièrement sur la nécessité de faire suivre exactement au bec de la sonde, tourné en bas, la face supérieure de la voûte palatine, pour éviter de l'engager dans le méat moyen; il l'enfonce doucement jusqu'à ce qu'il rencontre la face postérieure du pharynx (premier point de repère), et retirant peu à peu l'instrument, il lui fait décrire successivement un arc de cercle en dehors; le bec qui a évité la fossette de Rosenmüller (située tout près de la paroi pharyngienne postérieure et derrière le pavillon), le bec dis-je, rencontre une inégalité formée par le bord postérieur de ce dernier et sur lequel il glisse pour s'engager, en quelque sorte de lui-même, dans la cavité de la trompe.

Le cathétérisme, pratiqué avec la sonde d'argent, ne suffisant pas souvent à soulager le malade, on introduit dans la trompe, et en se servant toujours de l'algalie, une petite *bougie en baleine semi-rigide* et afin de ne point dépasser 3 ou 4 centim. (longueur approximative de ce conduit) on a soin de placer, sur la portion de la tige de baleine restée à l'extérieur, deux petits curseurs en fil indiquant la profondeur à laquelle pénètre l'instrument.

On peut, à cet effet, se servir comme le veut M. Bonnafont, de bougies graduées et filiformes de dimensions différentes (épaisseur depuis 1/2 jusqu'à 1 millim. 1/2): les bougies sont également graduées au point de vue de la consistance qui varie depuis la souplesse la plus grande jusqu'à une résistance très-notable.

Cette bougie est laissée en place pendant 3/4 d'heure, deux jours après on recommence le même cathétérisme en laissant la bougie le même laps de temps, puis on le renouvelle autant qu'on le juge à propos.

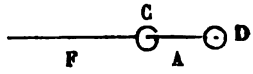
b. Otite sèche. — *Tubes coudés terminés par un tamis.* — Chez certaines personnes qui présentent une otite peu

douloureuse et avec conservation des osselets, mais avec un état de sécheresse et d'épaississement plus ou moins prononcé de la membrane du tympan, *sclérose*, M. Tillaux a parfois observé une conformation vicieuse du conduit auditif externe qui explique jusqu'à un certain point les altérations pathologiques qui en sont la conséquence; chez elles le conduit au lieu d'être *courbe* est *rectiligne*, de sorte que l'air et l'humidité qui l'accompagne arrivent directement au fond et agissent d'une façon nuisible sur la membrane du tympan; aussi a-t-il fait construire de petits tubes destinés à rendre provisoirement au conduit auditif externe, la courbure qui lui fait défaut. Chacun de ces *tubes métalliques* est terminé à son extrémité profonde par un *tamis* (toile métallique) percé d'une multitude de trous destinés à filtrer en quelque sorte l'air qui va porter les ondes sonores sur la membrane du tympan.

c. Destruction de la membrane du tympan. — *Tympan artificiel*. — Nous avons vu M. Tillaux employer, chez une jeune institutrice dont le tympan était détruit presque en totalité, le tympan artificiel de Toynbee représenté par un petit disque de caoutchouc très-mince qu'une tige filiforme permet d'introduire au fond du conduit auditif externe.

Au moment où le disque a été enfoncé nous avons pu nous rendre parfaitement compte que le tic-tac de la montre était perçu à une certaine distance, ce qui n'avait pas lieu auparavant. — Quoi qu'il en soit, nous croyons qu'un semblable moyen ne saurait être répété souvent sans déterminer une irritation qui peut à un moment être très-nuisible au malade, aussi nous ne croyons pas devoir le recommander, et nous préférons avoir simplement recours en pareil cas au moyen préconisé par Tood, Yearsley, Turnbull, Warkley, Bonnefont, c'est-à-dire à la *boulette de coton* imbibée de glycérine, mais sans l'enfoncer trop profondément dans le conduit externe.

Dans *the British medical Journal*, 19 juin 1875, nous trouvons que M. G. Field, chirurgien auriste à l'hôpital Sainte-Marie, a imaginé une nouvelle variété de tympan artificiel qui n'est en quelque sorte qu'une modification de celui de Toynbee. Dans cet instrument le fil métallique F, qui sert de manche, se prolonge d'un quart de pouce au-delà du disque en caoutchouc C et vient se terminer à un



deuxième disque D, fait avec de la flanelle, l'intervalle A compris entre les deux disques est rempli de coton pouvant, comme absorbant communiquer à la flanelle les diverses solutions médicamenteuses qu'il est utile d'appliquer à sa surface. Voici, au dire de l'inventeur lui-même, les principaux avantages que présente ce nouveau tympan artificiel.

1° Etant mou, il n'irrite pas la membrane tympanique et ne peut la blesser;

2° Par l'intermédiaire du coton, divers principes médicamenteux modificateurs peuvent être appliqués avec avantage sur le tympan;

3° En l'employant, on évite de laisser un disque en caoutchouc en contact direct avec la membrane;

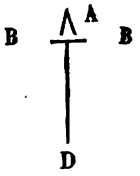
4° En maintenant la région bien propre, il met cette membrane dans les meilleures conditions pour permettre à la perforation de se cicatriser;

5° Il est d'un usage facile et ne nécessite, pour être enlevé, l'usage d'aucune pince.

d. Ponction du tympan. — *Pénétrer au-dessus de l'ombilic et en avant du manche du marteau*. — Ce chirurgien pratique souvent la perforation chirurgicale de la membrane du tympan, soit dans un but analogue à celui qu'on cherche à atteindre pour l'œil en faisant l'iridectomie optique, et alors dans les cas d'épaississement du tympan, soit à l'effet, comme pour l'œil encore, de diminuer la tension de la caisse du tympan et de donner issue aux liquides séreux, sanguin ou purulent.

Pour faire cette ponction, il emploie tantôt un trépan, tantôt un petit instrument analogue à la pique fixatrice de Pamard, composé d'une lame A, pointue, d'une

longueur de 4 millimètres, munie d'une arête ou talon B B destiné à empêcher



cette lame de pénétrer plus avant, le manche D servant à manœuvrer l'instrument.— Dans cette délicate opération, on doit connaître le point où on enfoncera la lame et ne pas agir au hasard, car on s'exposerait à blesser certains organes (articulation du manche du marteau, corde du tympan) qu'on a tout intérêt à éviter. — M. Bonnafont conseille de faire cette ponction *à la partie postéro-inférieure* de la chambre où se trouve un espace assez grand pour y pratiquer une large ouverture sans crainte. M. Tillaux choisit comme lieu d'élection le point qui est au-dessous de l'ombilic et en avant du manche du marteau.

2° Affections des tendons et de leurs gaînes.

a. Section tendineuse. — *Greffe des tendons.* — Dans le cas où il a affaire à des tendons fraîchement divisés, il a recours à la ténorrhaphie classique et applique l'appareil ouaté. S'il s'agit d'une plaie ancienne dans laquelle deux bouts tendineux se sont cicatrisés isolément, il fait l'usage de la *greffe* des tendons comme nous la lui avons vu pratiquer chez un malade de Lariboisière.

Il s'agissait d'un charpentier de 52 ans, qui avait reçu sur la face dorsale de la main droite une plaie produite par un crochet d'emballeur, qui s'était cicatrisée en un mois, sans aucun accident. Au bout de ce temps, le malade s'aperçoit qu'il lui est impossible de mouvoir en extension les deux derniers doigts de la main blessée : l'annulaire et l'auriculaire restent, en effet, constamment fléchis dans la paume de la main, tandis que les autres doigts s'étendent aisément. A son entrée, dans le service, il est facile de se rendre compte de la lésion des tendons par la position fléchie et immobile des deux derniers doigts.

Persuadé que l'on peut tenter encore chez ce malade la ténorrhaphie, M. Tillaux incise verticalement sur la face dorsale de la main au niveau d'une petite saillie sentie derrière les 4e et 5e métacarpiens et qu'il croit être constituée par le bout central. Aux extrémités de cette première incision, il en fait tomber deux autres horizontales qui donnent deux petits volets, dont la dissection permet de constater que la petite saillie précédente est formée par le bout périphérique des tendons extenseurs du petit doigt et de l'annulaire ; le bout central s'était sans doute rétracté au loin, il n'y avait pas lieu de s'en préoccuper. Le chirurgien songe alors à greffer les deux tendons périphériques, au tendon intact du médius, opération analogue à celle que l'on a pratiquée avec succès pour les nerfs.

A travers une boutonnière faite au tendon médius, il introduit les extrémités disséquées et rafraîchies des deux tendons auriculaire et annulaire et les fixe au premier à l'aide de plusieurs points de suture métallique. La cicatrisation ultérieure de la plaie ne fut aucunement entravée et aujourd'hui le malade a recouvré les mouvements d'extension des deux derniers doigts de la main. Il emploie, dans ce cas, la compression avec la bande d'Esmarch qui lui permet d'agir sans le moindre écoulement sanguin, comme si on opérait sur une main de cadavre.

b. Kyste hordéiforme du poignet. — *Ponction et injection iodée.* — M. Tillaux ne semble pas redouter, comme bien de nos chirurgiens d'hôpitaux, l'intervention active dans les cas de kystes synoviaux de la main et du poignet. Toutefois il commence par employer les moyens palliatifs (teinture d'iode — compression — ponction aspiratrice). S'ils sont inefficaces, il a recours à la *ponction* par le trocart moyen, en écartant fortement la peau, c'est-à-dire en rendant cette ouverture le plus sous-cutanée possible, puis à *l'injection iodée*, après avoir vidé la poche de son

contenu liquide et hordéiforme. Nous lui avons vu guérir à Lariboisière et par cette méthode, deux jeunes femmes qui portaient de semblables tumeurs ; chez l'une d'elles, une jeune fille, il n'est survenu absolument aucun accident et les doigts ont conservé les mouvements intacts sans qu'il en soit résulté de raideur consécutive : plusieurs guérisons ont été également obtenues par M. Boinet à l'aide du même procédé.

3° Affections des organes génito-urinaires

(homme et femme).

a. Calcul vésical. — *Taille pré-rectale.* — A la taille latéralisée de frère Côme, employée surtout en Angleterre, et qui expose souvent à la section du bulbe et toujours à celle de l'artère transverse de ce dernier organe, M. Tillaux préfère la *taille pré-rectale* de Nélaton qui n'est pas plus la méthode de Dupuytren (bilatérale) que cette dernière est celle de Celse comme on le lui a parfois reproché : elle est difficile il est vrai, mais comme, dans son exécution, on suit le grand côté du triangle en disséquant les tissus sur le doigt placé dans le rectum, elle laisse une porte plus grande à la sortie du calcul et évite plus facilement la région bulbaire — Il introduit le cathéter cannelé dans l'urèthre avant de mettre le malade en position (abduction et flexion des membres inférieurs) et avant de lier ensemble les pieds aux poignets. Nous lui avons entendu raconter ce fait, que chez un malade opéré par Civiale et Nélaton, il avait été impossible de passer le cathéter parce qu'on avait commencé par attacher les jambes aux mains; dans ce cas, il avait fallu défaire les ligatures pour introduire l'algalie.— De plus il croit que chez les sujets calculeux paraissant même dans les plus mauvaises conditions (fièvre, météorisme, frisson, etc.) il n'y a pas lieu de se désespérer et de porter un pronostic des plus fâcheux; il faut évidemment, chez eux, rejeter toute tentative de lithotritie, mais on doit se hâter de pratiquer la taille. C'est dans de semblables conditions que nous lui avons vu opérer un homme de 35 ans, que nous avions bien tendance à considérer comme perdu, chez lequel les urines étaient d'une fétidité horrible et qui se trouvait sous le coup de l'infection urineuse : le soir même, la température et le pouls avaient baissé, et, trois semaines après, le malade était entièrement rétabli.

b. Hypospadias. — *Méthode mixte* (M. Duplay, M. Th. Anger). — Dans le cas d'hypospadias péno-scrotal, ce chirurgien emploie pour la taille des lambeaux le procédé en double pont et volets de M. Th. Anger, que nous avons déjà décrit et, pour la succession des temps de l'opération, celui de M. Duplay, également déjà décrit.— Il redresse d'abord la verge, puis plusieurs mois après il crée le nouveau canal en commençant par le méat, et en allant successivement jusqu'à l'ouverture postérieure qu'il laisse fistuleuse jusqu'à la restauration complète de toute la partie antérieure du canal ; pendant tout le temps de la réunion des quatre lambeaux superposés deux à deux, il maintient une sonde dans le nouveau conduit de peur qu'il ne se rétrécisse.

c. Castration — *Ligature du cordon en quatre parties.* — La ligature en masse du cordon ne met pas assez sûrement l'opéré à l'abri des hémorrhagies, aussi emploie-t-il un moyen intermédiaire entre cette dernière et celle qui consiste à isoler chacun des vaisseaux et à l'étreindre par un fil. — Il commence, après avoir disséqué le cordon, par la division en quatre parties égales avec l'instrument tranchant, puis il applique une ligature solide sur chacune d'elles. Cette méthode qui est très simple et qui certainement offre beaucoup plus de garantie contre les hémorrhagies, a l'inconvénient, comme la ligature en masse, de comprendre dans l'anse de chacun des fils les filets nerveux de la masse funiculaire et par conséquent de prédisposer aux accidents nerveux et en particulier au tétanos.

d. Fistule vésico-rectale.—*Emploi du galvano-cautère.* — S'il n'existe qu'un petit pertuis, résultant de l'ouverture d'un abcès de la prostate dans la cavité rectale, M. Tillaux introduit dans son trajet un petit stylet recourbé qui rougit sur place par le courant galvanique. Sur un homme de 23 ans que nous avons vu dans son service, à Lariboisière, et qui, à la suite d'une blennorrhagie, avait présenté un accident de cette nature, cette méthode a été employée facilement grâce à l'usage du spéculum de Bozeman : au moment du passage du courant, le malade a ressenti une douleur très-vive surtout au niveau de la région glandaire.

e. Fistule recto-vaginale — *Pince spéciale.* — Pour l'avivement des bords de la fistule et afin de ne pas être gêné par l'écoulement du sang, M. Tillaux a fait construire une pince (analogue à celle que M. Desmarres père emploie pour l'opération des kystes et les chalazions des paupières) terminée d'un côté par une plaque introduite dans le rectum et de l'autre par un large anneau qui comprime les bords de la fistule en se rapprochant (à l'aide d'une vis de rappel) contre la plaque précédente.

Dr Gillette.

CLINIQUE DE LA CHARITÉ

M. Germain Sée, professeur.

Hémiplégie hystérique. — Chez les hystériques, il peut se produire subitement une hémiplégie bien caractérisée, mais ce qui fait le signe caractéristique, c'est que dans ces cas, même avec une hémiplégie généralisée, il n'y a pas de perte de connaissance, tandis que s'il y avait eu hémorrhagie cérébrale pouvant occasionner une hémiplégie complète, le début serait nécessairement marqué par un ictus apoplectique. Comme signe distinctif des affections de nature histérique, on a encore l'anesthésie antérieure ou actuelle d'un des côtés du corps, le plus souvent du côté gauche, et dans beaucoup de cas la contracture du côté opposé à la paralysie. Ces hémiplégies hystériques ont une marche très-irrégulière : dans quelques cas, elles n'ont qu'une durée de quelques heures, mais souvent elles déjouent tous les moyens thérapeutiques mis en usage pour en triompher. Une vive émotion les fait disparaître quelquefois instantanément, et c'est ce qui explique le succès de tous ces pèlerinages, dont la clientèle la plus ordinaire se recrute parmi les malades de cette catégorie.

Le traitement qui donne les meilleurs résultats consiste dans l'application des courants d'induction. Il est préférable de surprendre pour ainsi dire la malade, et de se servir de courants assez énergiques mais de peu de durée. Dans plusieurs circonstances, les simples préparatifs d'une cautérisation au fer rouge ont suffi pour faire brusquement disparaître la maladie.

Hématémèse. Chez les hystériques, les vomissements de sang sont très-fréquents et souvent très-abondants. Dans ces cas, M. le professeur Sée a plutôt recours aux pilules d'extrait aqueux de seigle ergoté avec de la térébenthine.

Si l'hématémèse coïncide avec la suppression des règles, sinapismes aux cuisses, et autres moyens propres à rappeler le flux menstruel.

Dyspnée. Les causes de dyspnée sont très-nombreuses, et si leur cause est quelquefois insaisissable, dans quelques cas, la simple vue du malade suffit à faire reconnaître de suite à quelle catégorie rattacher son affection.

Plus le catarrheux a de râles, et moins sa respiration est gênée.

Le catarrhe sec ou asthme donne seul des accès de suffocation.

Dans les cas, assez nombreux, où les deux éléments de cette maladie se rencontrent chez le même sujet, lorsque le catarrhe domine, il y a peu de suffocation et *vice versa.* Les accès d'asthme ont le plus souvent lieu la nuit, en laissant pendant le jour les fonctions respiratoires à leur état naturel.

Le meilleur traitement consiste à faire prendre chaque jour:

Iodure de potassium 2 onces à 2, 50.
Eau. . . . . 60 gr.

A prendre en trois fois.

Le soir, le professeur lui fait en même temps prendre une ou deux cuillerées de sirop d'opium.

Beaucoup de dyspnées sont d'origine cardiaque, et, comme nombre de maladies du cœur sont frustes et non accompagnées du bruit de souffle classique, le diagnostic est rendu très-difficile.

La dyspnée cardiaque peut affecter trois modes différents :

1° Sous forme accidentelle, par suite d'un effort musculaire ou d'un mouvement un peu brusque;

2° Sous forme permanente;

3° Sous forme nocturne.

Ces différentes formes sont sous la dépendance de trois causes : l'altération du tissu cardiaque, la stase sanguine, et le catarrhe concomitant.

Dans les dilatations cardiaques, il y a des palpitations fréquentes, la respiration est courte et la dyspnée continue, on a en même temps une augmentation de la matité précordiale.

Dans les dégénérescences graisseuses du cœur, le pouls est mou, petit, dépressible, quelquefois très-lent : syncopes fréquentes. La respiration présente quelquefois, dans la dégénérescence graisseuse, un mode spécial qui a été signalé par Steker; le malade fait une série d'inspirations dont la profondeur et la durée vont croissant jusqu'à un certain maximum, puis elles deviennent plus courtes et plus faibles au point de n'être plus appréciables; quelques instants après, une légère inspiration a lieu, suivie aussitôt de la même série de respirations successivement croissantes et décroissantes. Malheureusement ce signe n'est pas aussi caractéristique qu'on a voulu le faire, et je l'ai vu se présenter très-nettement dans des cas où l'autopsie n'a fait découvrir aucune trace de dégénérescence graisseuse.

Congestion pulmonaire. — La congestion pulmonaire qui se montre au début des fièvres et des maladies fébriles, passe souvent inaperçue, et l'augmentation du volume de la poitrine signalée par Woillez, est d'être un phénomène d'une valeur très-contestable.

Embolie pulmonaire. — Dans la grande majorité des cas, cette affection n'est accompagnée d'aucun signe stéthoscopique.

Si l'obturation ne porte que sur une petite branche, et que la circulation collatérale s'établisse facilement, il n'y a qu'une dyspnée légère et de peu de durée.

Lorsqu'au contraire l'oblitération porte sur un vaisseau de deuxième ou de troisième ordre, elle est caractérisée par une violente dyspnée, et cette dyspnée a un caractère tout particulier, c'est la sensation d'un impérieux besoin d'air chez un individu dont la liberté et la régularité des mouvements thoraciques contrastent avec une anxiété et une soif d'air incroyable. En même temps le système nerveux général devient turgescent, et par contre, le pouls est très-faible, et le système artériel très-anémique.

Aconitine. — L'aconit et l'aconitine sont des médicaments excellents pour faire diminuer la force et la fréquence du pouls. Son action comme modérateur de la fièvre a été attribuée à différentes causes, mais de toutes ces théories, la plus facile à expliquer consiste en une excitation produite par ce médicament sur le nerf pneumogastrique qui est le nerf d'arrêt du cœur.

Ce médicament est donc un modificateur de l'innervation, et son action est toute différente d'une seconde classe d'agents thérapeutiques que l'on peut nommer poisons musculaires.

Poisons musculaires. — On peut en distinguer deux grandes classes :

1° Les sels de potasse;

2° Les vératrums et les vératrines.

Ces poisons musculaires agissent sur la fibre musculaire elle-même. C'est l'excitabilité musculaire qui se perd d'abord, en trente ou quarante minutes le muscle

peut être privé d'une façon absolue de la propriété de se contracter. L'action se porte sur le muscle cardiaque et le cœur se trouve arrêté instantanément. C'est l'action de ces médicaments sur le muscle cardiaque qui les fait employer comme antipyrétiques.

Sels de potasse.— Ils ont tous une action dépressive sur le cœur, et cette action se porte directement sur le muscle ou la fibre musculaire elle-même.

Il y a un antagonisme absolu entre l'action de la potasse et celle de la soude. Dans le sang, le sérum contient surtout des sels à base de soude, et les globules surtout des sels de potasse.

Les sels de soude se rencontrent en plus grande quantité dans les aliments excrétés.

Dans leur ensemble, les sels de potasse ont une action débilitante et dépressive ; les sels de soude, au contraire, ont une action reconstituante, leur usage rend plus vif, plus gaillard, et les animaux auxquels on fait absorber d'assez fortes quantités de chlorure de sodium ont un poil lisse et d'un brillant tout particulier.

Vératrine.—De même que les sels de potasse, la vératrine agit directement sur la fibre musculaire ; cette loi physiologique anéantit toutes les tentatives d'assimilation entre les effets de la strychnine et ceux du vératrum. Dans les empoisonnements par la vératrine, la paralysie musculaire est précédée de quelques contractures spasmodiques ; en même temps les battements du cœur se ralentissent, la respiration devient moins fréquente, et, pour continuer l'expérience, on est obligé d'avoir recours à la respiration artificielle.

De ces expériences, on peut retirer les indications thérapeutiques suivantes :

A très-petite dose, la vératrine augmente l'action du cœur et la tension musculaire.

A la dose de 10 à 12 milligrammes, il y a au contraire ralentissement du pouls.

L'action de la digitale sur le cœur se rapproche beaucoup de celle de la vératrine.

La dose de vératrine que supportent les malades atteints de pneumonie est énorme, 18 à 20 milligrammes, tandis qu'à l'état physiologique la dose de 12 à 15 milligrammes peut être toxique. Cette loi est vraie pour beaucoup de médicaments et de maladies, et c'est plutôt en étudiant les maladies en particulier qu'il faut préciser la dose de chaque médicament.

C'est ainsi qu'un alcoolisé peut supporter l'opium et la digitale à des doses énormes.

Dr A. CADIER.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Oblitération des deux oreilles par du plâtre à mouler.

Une vieille dame atteinte d'une surdité très-prononcée avait voulu envoyer à un fabricant de cornets acoustiques le moule de ses oreilles afin d'obtenir un instrument dont l'adaptation fût plus exacte. L'idée était bonne, mais l'exécution laissa quelque peu à désirer. Le mouleur chargé de ce délicat travail, peu expert dans son art, se contenta de couvrir le pavillon d'une couche légère d'huile, comme on le fait en pareil cas, pour empêcher le plâtre d'adhérer, mais il oublia ou négligea de graisser de la même façon le conduit auditif externe, de façon qu'une fois le moulage opéré, le plâtre correspondant à la partie extérieure de l'oreille se détacha seul, et le conduit resta parfaitement rempli d'une masse blanche, d'une adhérence impossible à enlever. La pauvre patiente, dont j'étais le médecin, m'envoya aussitôt chercher, et je me trouvai en face de ce cas insolite, dans le plus pénible embarras. Que faire, dès le premier essai, je reconnus promptement l'impossibilité d'enlever par un procédé mécanique quelconque ce corps étranger d'un nouveau genre. Le plâtre était très-intimement pénétré par de nombreux petits poils insérés dans le conduit, et dont le tiraillement rendait des plus pénibles toute tentative de ce genre. Du reste, à supposer qu'avec

une patience infinie et beaucoup d'adresse, je pusse enlever ce qui obstruait la moitié externe du canal, comment enlever mécaniquement le plâtre qui touchait la membrane du tympan, ou qui s'en rapprochait beaucoup dans la partie la plus intérieure du conduit? Nul moyen d'y parvenir, me disais-je, sans léser cette délicate membrane.

Je fus promptement convaincu que je ne sortirais de cette difficulté qu'en attaquant le plâtre par un dissolvant. Malheureusement le plâtre durci est peu soluble, et pour ma part, je ne lui connaissais guère de dissolvant. Mon excellent confrère et ami, M. Bellamy, professeur de chimie à notre école, à qui j'allai compter mon embarras, le partagea d'abord; ni l'eau, ni l'alcool, ni la glycérine, ni aucun des dissolvants habituels ne pouvaient être d'aucun service. Il espérait quelque chose du citrate d'ammoniaque, qui a une singulière puissance dissolvante sur beaucoup de sels. Il eut la bonté d'en préparer immédiatement, et j'éprouvai un vif sentiment de joie en constatant, comme il l'avait supposé, que du citrate d'ammoniaque neutre, en solution un peu concentrée, sans avoir aucune propriété irritante sur la peau, dissout d'une façon très-sensible le plâtre gâché et durci, qu'il le délite et le désagrège d'une manière très-suffisante pour l'emploi qu'il s'agissait d'en faire. Muni d'une solution du précieux sel, je me rendis chez ma cliente et je lui recommandai de verser dans chacune des oreilles quelques gouttes de la liqueur, de fermer ensuite le conduit au moyen d'une boulette de charpie ou de coton. Toutes les demi-heures ou toutes les heures, on enleva la partie dissoute et le liquide saturé, pour remplacer ce dernier par une nouvelle quantité de citrate, et dès le soir les deux oreilles furent complétement débarrassées du moule qui les avait si malencontreusement obstruées.

Rien n'est plus simple que de préparer la solution de citrate d'ammoniaque convenable. Il suffit, pour cela, de mêler ensemble dans un petit ballon de l'eau et de l'ammoniaque liquide et d'y ajouter de l'acide citrique peu à peu, jusqu'à ce que l'ammoniaque soit entièrement neutralisé. On s'aperçoit facilement que ce résultat est obtenu en interrogeant la réaction de la liqueur au moyen d'un papier tournesol bleu, ou plus simplement par l'odorat, qui révèle facilement la présence de l'ammoniaque libre. Une chaleur modérée favorise la dissolution de l'acide citrique et hâte la réaction.

Pendant que je rechercharis le moyen de la délivrer, Mme X... de son côté, inquiète de l'aventure, avait écrit au fabricant de cornets acoustiques, M. Gateau, pour lui demander conseil. Cet honorable fabricant lui répondit en indiquant l'huile d'amandes douces comme un moyen capable de débarrasser les oreilles. L'essai démontra, en effet, que ce liquide réussit à délier un peu de plâtre, à en permettre la fragmentation facile. Son action est toutefois beaucoup moins accusée que celle de la solution de citrate d'ammoniaque.

Bien qu'un cas semblable à celui-ci ne doive se présenter que très-rarement, il m'a semblé pourtant utile de faire connaître ce qui m'a tiré d'embarras, en faveur des confrères qui pourraient rencontrer une difficulté de ce genre.

J. Regnault,

Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET TÉRATOLOGIQUE

Dystocie essentielle du côté de la mère due à la présence dans le petit bassin de deux kystes ovariens : opération césarienne et ovariotomie. Enfant vivant, mort de la mère. Etude des kystes qui contiennent des monstres parasites endocymiens Du genre endocyme (1).

Le kiste ovarien droit, gros comme les deux poings, pèse environ 800 gramm.

(1) Suite et fin). Voir le dernier numéro.

surface externe est partagée par une dépression circulaire en deux parties, une supérieure plus petite et une inférieure plus grosse, ce qui lui donne l'aspect d'une gourde.

Cette surface externe formée par le péritoine est lisse et polie, sauf quelques filaments celluleux, débris des adhérences qu'elle avait contractées avec les parties voisines.

On y remarque, à côté de l'insertion du ligament de l'ovaire, un petit kiste dont la paroi interne est crétacée. Ne serait-ce pas un follicule de Graff devenu malade ? Il contenait une matière sébacée en déliquium. Cet ovaire a éprouvé le même mouvement de bascule que le gauche : son extrémité interne, à laquelle s'incère le ligament de l'ovaire, était devenue supérieure, son extrémité externe, à laquelle s'attache la trompe, était devenue inférieure, son bord supérieur regardait en dehors et son bord inférieur regardait en dedans. La trompe droite est à l'état normal et n'a contracté aucune adhérence avec les parties voisines.

L'épaisseur des parois de ce kiste est plus considérable que celle du kiste gauche, cela tient probablement à son moindre développement. Comme dans le kiste gauche, ses parois sont peu vasculeuses.

L'intérieur de ce kiste est partagé en deux parties superposées par une bride cutanée semi-lunaire qui correspond à la dépression que nous avons signalée à la surface externe ; la demi-loge inférieure contient une substance semblable à celle contenue dans le kiste gauche, ainsi que des cheveux très-noirs, les uns libres et les autres agglomérés, mais tous très-longs.

La demi-loge supérieure est remplie d'une matière grasse très-blanche ayant l'aspect de saindoux figé.

La surface interne de ce kiste n'est cutanée que dans une zone demi-circulaire moins étendue que celle du kiste gauche ; mais on y trouve beaucoup de follicules sébacés et de follicules pileux, les cheveux qui émergent de ces derniers sont très-noirs et très-longs ; ils forment, en s'enroulant les uns sur les autres, une masse bien plus considérable que celle contenue dans le kiste gauche.

A l'une des extrémités de la zone cutanée s'élève un gros mamelon dont le centre est formé de tissus adipeux normal. C'est principalement de la partie supérieure de ce mamelon que naissent les cheveux contenus dans le kiste. Ce mamelon se continue par un cordon cutané qui va s'insérer à l'autre extrémité de la zone cutanée. Ce cordon cutané passe au centre de la masse considérable de cheveux enroulés les uns sur les autres que nous avons signalée plus haut. A côté de l'endroit où cette extrémité du cordon cutané s'insère aux parois du kiste, on remarque un orifice froncé donnant accès dans un cul-de-sac d'un centimètre de profondeur. Cet orifice, comme celui du côté gauche, a l'aspect d'un anus. Un peu au-dessus de cette espèce d'anus, se trouve un autre orifice plus petit par lequel s'échappent des cheveux moins noirs que ceux dont nous avons parlé, ils sont très-longs et implantés dans un cul-de-sac qui fait suite à cet orifice.

L'examen le plus attentif n'a pu nous faire découvrir le moindre corps jaune, ni le plus petit follicule de Graff, sur ces kistes. On se demande comment avec de tels désordres ovariens cette femme a pu concevoir.

Les deux kistes et l'utérus ont été déposés dans les collections de l'Ecole de médecine de Rennes, et pourront y être étudiés par les personnes qui s'occupent de tératologie.

A quel genre d'anomalie ou de monstruosité appartiennent les produits trouvés dans les ovaires de la femme G.?

Sont-ce des tumeurs pileuses, comme il s'en développe quelquefois dans tous les organes ?

C'est peu probable, car nous avons ici de la peau, des follicules pileux avec des cheveux, des follicules sébacés, des follicules muqueux, des rudiments d'anus, et, dans l'un des kistes, des os. Il y a là une organisation déjà assez élevée et des rudiments d'organes qui ne se trouvent pas dans les kistes purement et simplement

pileux. Nous pouvons donc rejeter ce genre d'anomalie.

Sont-ce des monstres unitaires provenant de grossesses extra-utérines ?

Cette idée de grossesses extra-utérines n'est pas beaucoup plus admissible que celle de kistes pileux. Une grossesse extra-utérine dans chaque ovaire est excessivement rare, c'est à peine si l'on en cite quelques exemples. Bien plus, d'après les recherches de Blainville, Velpeau et Serres, la grossesse ovarienne proprement dite est impossible. En effet, pour la fécondation de l'ovule, il faut que la vésicule de Graff soit déchirée, et que l'ovule mis à nu se trouve en contact avec le germe mâle. Aussi, ce n'est pas dans l'intérieur de l'ovaire, mais bien accolé à cet organe, que l'ovule fécondé se développe dans les grossesses extra-utérines, dites ovariennes. Il résulte de là, qu'une exsudation plastique forme autour de l'ovule fécondé un kiste adhérent tant à l'ovaire qu'aux parties voisines, ce qui rend très-difficile de préciser le point exact où l'ovule s'est greffé. Toujours ou presque toujours les trompes sont plus ou moins déformées et adhérentes au kiste. Or, dans le cas qui nous occupe, les trompes sont complétement à l'état normal, celle de droite comme celle de gauche, sans aucune adhérence morbide ni avec les kistes, ni avec les organes voisins, et pas la moindre apparence d'une fausse membrane comme constituant les kistes. Ce sont les tuniques de l'ovaire qui se sont hypertrophiées dans toute leur étendue pour contenir le produit intérieur.

Dans les grossesses extra-utérines, qui durent longtemps, le kyste prend ordinairement un développement considérable, refoule les organes voisins et contracte avec eux des adhérences intimes.

Dans le cas qui nous occupe, les ovaires, devenus volumineux, mais pas extraordinairement, ont été par leur poids entraînés au fond du bassin, et ont refoulé l'utérus dans l'abdomen ; mais ils n'ont contracté avec cet organe et la paroi pelvienne que de très-légères adhérences, et n'ont, en aucune façon, déformé les parties avec lesquelles ils se trouvaient en contact.

Dans les grossesses extra-utérines, après un temps plus ou moins long, le fœtus meurt, le kyste s'enflamme, et, s'ouvrant sous forme d'abcès, soit à l'extérieur du corps, soit à l'intérieur d'un intestin ou du vagin, se débarrasse de son contenu.

Si dans quelques grossesses extra-utérines qui dépassent de beaucoup d'années le terme de la gestation, 10, 20 et 47 ans, l'on trouve dans le kyste des parties de fœtus et même des fœtus entiers, ils sont morts, momifiés ou passés à l'état de gras de cadavre. Ce ne sont plus des êtres vivants parasitaires, mais des corps étrangers que l'organisme tolère, et n'a pas rejetés au dehors. On a même vu des femmes concevoir dans cette position et mener à bon port une grossesse utérine.

C'est un des cas de la superfétation. Ces faits s'observent principalement dans les grossesses abdominales; les grossesses dites ovariennes ne durent généralement que quelques mois.

Dans le sujet de notre observation, s'il y a grossesses extra-utérines, elles remonteraient au moins à quinze mois; époque où cette femme éprouva quelque gêne du côté du bassin. Malgré ce long temps écoulé, les kystes ovariens étaient exempts de tout travail inflammatoire, et les parasites trouvés dans leur intérieur étaient sains et vivants, ne présentant aucune trace de maladie, à bien plus forte raison exempts de décomposition cadavérique (momification, gras de cadavre), ce qui certainement a lieu dans les cas de grossesses extra-utérines, après quinze mois d'existence.

En conséquence de tels faits, nous croyons pouvoir conclure que nous n'avons pas ici de grossesses extra-utérines dites ovariennes.

Il nous reste à examiner si nos kystes ne seraient pas des monstres par inclusion, appartenant aux parasitaires endocymiens, genre endocyme d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, et ayant la plus grande analogie avec le monstre parasitaire endocymien, genre dermocyme du même auteur, présenté à l'Académie impériale de médecine le 27 avril 1869, par M. le professeur Depaul. Ce monstre inclus sous la peau était formé de cheveux, d'os, de

dents, d'une ouverture rappelant l'anus, de fibres musculaires et de vaisseaux.

Le plus ordinairement, dit I. Geoffroy Saint-Hilaire, l'organisation des monstres par inclusion est toujours fort simple ; le plus souvent c'est une masse informe d'os, de dents et de poils, comparable à un monstre unitaire parasite, surtout dans les inclusions sous-cutanées, testiculaires et ovariennes ; c'est exactement la composition de nos monstres, sauf les dents.

D'après le même auteur, lorsque le parasite ne rend l'autosite (son frère) malade et que ce dernier meurt d'une maladie étrangère à cette inclusion, on trouve le parasite sans trace d'altération morbide et surtout de décomposition cadavérique. C'est ce que confirme notre observation ; nos deux parasites sont parfaitement sains.

Les inclusions abdominales peuvent ne produire aucun accident à leur autosite et rester latentes toute la vie de ce dernier. C'est ce qui ressort d'une observation rapportée par Scoutetten, d'un soldat à l'ouverture duquel on trouva dans son abdomen un fœtus qui n'avait donné lieu à aucun accident pendant toute la vie de ce soldat. Un cas analogue, chez un homme de cinquante ans, a été cité dans le *Francfurt* de 1831. C'est à fort peu de chose près ce qui a eu lieu chez la femme sujet de notre observation, puisqu'elle n'avait éprouvé que quelques pesanteurs dans le bassin, et un peu de difficulté à uriner, et seulement depuis quinze mois.

Isidore Geoffroy St-Hilaire dit encore : « Si le parasite meurt, il se décompose, il rend son autosite (frère) malade, et en occasionne souvent la mort. » C'est ce que confirme l'observation suivante, publiée par Nysten, dans le n° de brumaire an XI, du *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*. Il s'agit d'une jeune fille de 13 ans, impubère et vierge, morte à l'Hôtel-Dieu de Paris le 8 prairial an XI, et dont Nysten fit l'autopsie : l'ovaire gauche était converti en un kyste bilobé extérieurement, et partagé intérieurement en deux loges par une cloison incomplète, contenant, au milieu d'un liquide purulent d'un jaune verdâtre, des os, des dents et des poils. La trompe était saine. Le kyste avait une perforation qui permettait à son contenu de s'écouler dans le péritoine.

Cette observation, sauf la suppuration du kyste, n'a-t-elle pas la plus grande analogie avec la nôtre?

Les inclusions ovariennes sont bien rares. On n'en connaît de bien authentiques que cette observation de Nysten. La nôtre sera la seconde.

Il est, dit Isidore Geoffroy Saint Hilaire, excessivement rare que les monstres parasites soient jumeaux. Meyer est le seul auteur qui en ait cité un cas ; le nôtre serait alors le second connu. Cette rareté n'a, du reste, rien d'étonnant, puisque les grossesses triples normales sont elles-mêmes très-rares.

En conséquence de ce qui précède, je me crois autorisé à conclure que les monstruosités ci-dessus décrites sont des monstres par inclusion, appartenant à l'ordre des parasitaires, tribu des endocymiens, genre endocyme, d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

Peut-on expliquer la formation de cet autosite contenant un parasite endocymien dans chacun de ses ovaires ?

L'explication de cette monstruosité n'est pas facile ; elle était même impossible avant ces derniers temps, et toutes les explications que l'on avait données sur la formation des monstres par inclusion n'étaient que de pures hypothèses. Mais depuis la découverte faite par Meissner de spermatozoaires dans le vitellus de la lapine, découverte sanctionnée par les travaux de MM. Coste et Keler qui ont vu un orifice microscopique traversant la membrane vitelline, et donnant accès au vitellus, orifice muni en dedans d'une soupape qui se ferme lorsque le zoosperme s'est introduit dans le vitellus, on est fondé à croire que les choses se sont réellement passées ainsi qu'il suit : trois zoospermes sont arrivés en même temps à l'orifice microscopique de la membrane vitelline, qui permet de s'introduire dans l'ovule. Le zoosperme entré le premier est devenu l'embryon principal et s'est normalement développé, tandis que les deux autres, entrés ensuite dans l'ovule, n'ont

pu s'y développer normalement et ont été englobés dans la partie du blastème qui plus tard est devenu des ovaires.

A. GODEFROY,
Professeur d'accouchements
à l'École de médecine de Rennes.

OPHTHALMOLOGIE

—

De l'opération de la cataracte par le procédé sous-capsulaire.

Le 10 juillet 1863, j'opérais M. Cossonnet, maire de Longpont (*Seine-et-Oise*), d'une cataracte de l'œil droit, à l'aide du procédé ordinaire, lorsque l'aide inexpérimenté qui m'avait prêté son concours laissa retomber, tout à coup, la paupière supérieure à l'instant où mon aiguille venait de traverser la sclérotique au lieu d'élection ; je renonçai aussitôt à faire progresser mon aiguille vers la chambre antérieure dans la crainte d'embrocher l'iris avec le fer de lance, et instinctivement, sans y voir, je me hâtai de déprimer le cristallin dans l'humeur vitrée.

Il ne survint aucune réaction digne d'être notée et le malade a pu quitter Paris le 10e jour de l'opération. La capsule antérieure laissée intacte a conservé, depuis 12 ans, sa transparence normale : la vision est donc restée parfaite jusqu'à présent.

Ce fait m'avait frappé sans toutefois modifier mes idées relativement au procédé de Scarpa; ce n'est que beaucoup plus tard que deux autres cas plus ou moins analogues m'ont conduit à me demander si Malgaine n'était pas dans le vrai en conseillant de respecter la capsule antérieure dans l'abaissement du cristallin opaque.

Ce n'est, toutefois, qu'en 1872 qu'il m'a paru opportun de publier quelques observations en faveur du *procédé sous-capsulaire* que j'ai toujours depuis cette époque substitué au *procédé sub-capsulaire*. Je n'ai eu qu'à me louer jusqu'à présent de cette substitution, ce qui m'engage à revenir sur ce sujet dont l'importance n'est pas à dédaigner.

§ I. *Sa raison d'être.*

Tout d'abord, il est rationnel de se demander, dans l'espèce, pourquoi, pouvant faire *moins*, on s'est laissé entraîner à faire *plus* : c'est-à-dire à ajouter au-delà du nécessaire au traumatisme de l'œil.

Or, le nécessaire n'est-il pas d'exprimer purement et simplement le corps opaque, tout le corps opaque et rien que le corps opaque?

J'ajoute que la luxation isolée du cristallin est seule possible puisque la capsule antérieure restée diaphane — et elle l'est 99 fois sur 100 — offre une fixité trop grande et une résistance trop faible pour se laisser déplacer par l'aiguille. L'idée d'ouvrir plus ou moins largement la capsule antérieure à sa partie centrale a été évidemment suggérée par la crainte de voir survenir après l'opération, et sous son influence, une opacité de cette membrane, c'est-à-dire une cataracte secondaire antéro-capsulaire. C'était la doctrine de Scarpa adoptée, depuis lors, par la plupart des chirurgiens de notre époque et que j'ai soutenue moi-même, en 1843, dans *une thèse sur les cataractes secondaires*.

Cependant, on peut se demander jusqu'à quel point il est rationnel de soumettre à l'action d'un instrument piquant et tranchant une membrane transparente dont on a tout lieu de redouter l'opacité consécutive... même ne semble-t-il pas que l'on provoque ainsi, sans le vouloir, le mal qu'il s'agit d'éviter.

L'objection est péremptoire ; aussi, donne-t-on le conseil de dilacérer aussi largement que possible la capsule antérieure du cristallin, de manière à créer vers sa partie centrale une sorte d'*hiatus* propre à livrer passage aux rayons lumineux. Or, je l'ai dit depuis longtemps et n'hésite à l'affirmer de nouveau avec l'autorité que donne une longue expérience : Toute tentative de ce genre est irréalisable avec l'aiguille, et ce qu'il y a de plus heureux à espérer, c'est de voir la solution de continuité de la capsule se réparer par les proliférations de ses parois transparentes.

Cependant, la guérison sans opacité d'une plaie de la capsule antérieure offre des exceptions nombreuses : on a, alors, créé de toutes pièces, une cataracte secondaire antéro-capsulaire sur la guérison spontanée de laquelle il ne faut pas trop compter.... Scarpa lui-même, comme s'il voulait nous faire pressentir tout l'espace qui sépare la théorie de la pratique, rapporte plusieurs exemples de ces cataractes secondaires.

Ajouterai-je, enfin, que plus on s'efforce de réaliser l'abaissement en masse du cristallin et de sa capsule, à l'aide d'instruments particuliers — comme je l'ai fait moi-même au début de ma pratique — plus on ajoute au traumatisme de l'œil et par suite à l'acuité de la réaction phlegmasique qui en est la conséquence.

Dans tout ceci, il y a, surtout, une manière vicieuse de raisonner qu'il est bon de dénoncer bien haut, car elle a eu, à mon avis, les conséquences les plus déplorables.

On a vu le traumatisme subi par l'œil, dans l'abaissement, donner parfois naissance à une cataracte secondaire antéro-capsulaire, et au lieu de se dire : limitons de plus en plus l'action vulnérante du fer de lance, et évitons avec le plus grand soin la capsule antérieure du cristallin, on érige en précepte son attaque régulière et méthodique.

Voici ce qu'il en est résulté :

Dans le procédé sus-capsulaire, la capsulite est, pour ainsi dire, prévue à l'avance, provoquée qu'elle est par l'opérateur lui-même qui, tout en s'efforçant de créer un hiatus central — impossible à réaliser, — aggrave inutilement une opération déjà assez grave par elle-même.

Dans le procédé sous-capsulaire, s'il survient une inflammation de la capsule, ce n'est là qu'un accident fortuit, insolite, exceptionnel, dû peut-être à une fausse manœuvre de l'aiguille, et auquel est exposé, d'ailleurs, tout tissu sain contigu à un tissu qui vient de subir une lésion plus ou moins grave, — cet accident, je ne l'ai, d'ailleurs, constaté sur aucun de mes opérés.

Comme on le voit, la différence entre ces deux manières de faire s'accuse d'elle-même ; et il est évident que, dans l'un et dans l'autre procédé, l'œil est soumis à des épreuves de traumatisme d'une gravité très-inégale.

Le procédé sus-capsulaire provoque encore d'autres complications qu'il importe de faire connaître.

D'abord, la manœuvre de l'aiguille dans le champ pupillaire, — outre qu'elle expose à la piqûre de l'iris, — prolonge la durée de l'opération et ajoute, par cela même, plus ou moins à sa gravité.

Ensuite, il faut noter que la division de la capsule est toujours une cause possible d'inflammation de l'iris, — qui lui est, pour ainsi dire *juxtaposé*. — D'où le développement d'une irido-périphacite dont l'atrésie pupillaire est souvent la conséquence.

Enfin, et c'est là que gît son vice radical, le procédé sus-capsulaire a pour conséquence forcée *une véritable confusion des humeurs de l'œil*, grâce à la perforation plus ou moins étendue de la cloison antérieure qui sépare l'humeur aqueuse de l'humeur vitrée, après la rupture forcée de la capsule postérieure. Or, ce mélange, même accidentel, est, selon nous, des plus périlleux pour l'avenir des fonctions visuelles, car c'est à lui qu'il faut rapporter les suites les plus graves de l'abaissement par le procédé de Scarpa, à savoir : l'iritis aiguë ou chronique, les symptômes d'étranglement des membranes oculaires dus à l'imbibition du cristallin, et surtout le phlegmon oculaire dans toutes ses conséquences.

La diffluence jumenteuse de l'humeur vitrée que j'ai plusieurs fois constaté, *post mortem*, à l'hopital de la Pitié, consécutivement à l'opération de la cataracte pratiquée par A. Bérard, me paraît avoir la même origine.

§ II. *Son mode d'exécution.*

Au premier abord, on est frappé de l'analogie plus encore que des différences qui existent entre les procédés sus et sous-capsulaires.

L'analogie saute aux yeux.

Le point de la sclérotique que l'on ponctionne est le même dans les deux cas. L'instrument est presque semblable. La manœuvre de dépression reste identique.

Les différences n'en sont pas moins caractéristiques.

L'aiguille dont je me sers est plus fine, son fer de lance est droit et non curviligne.

Le temps de l'opération pendant lequel on dirige l'instrument vers le champ pupillaire est supprimé, car l'aiguille, conservant sa direction initiale, pénètre entre la capsule et le noyau du cristallin.

J'ai pour règle de dégager très-vite de l'œil le fer de lance, une fois l'abaissement réalisé, ce qui ajoute beaucoup à la rapidité de l'opération.

J'ai dit que la dépression du cristallin était exécutée d'une manière très-rapide; j'ajoute que j'attache une grande importance à ce précepte, à ce point que si la cataracte vient à remonter avant le dégagement de l'aiguille, ce qui arrive dans quelques cas, je n'hésite pas à dégager celui-ci sans essayer une seconde manœuvre de dépression. Et cela pour deux motifs :

Le premier, parce que, dans ma conviction, le séjour prolongé de l'instrument dans l'humeur vitrée aggrave toujours la suite de l'opération.

Le second, parce qu'il m'est démontré que le débridement de la capsule postérieure suffit pour provoquer la résorption du cristallin opaque, aussi bien et presque aussi vite que la discision de la capsule antérieure. Delà à utiliser la discision de la capsule postérieure, dans les cas de cataractes molles, il n'y avait qu'un pas.

En effet, si nous établissons un parallèle entre la discision antérieure et la discision postérieure, voici ce que l'observation nous apprend :

A. *Dans la discision* antéro-capsulaire, le corps opaque, plus ou moins ramolli, se résorbe très-vite, il est vrai, il n'en est plus de même, chez les vieillards, et ce qui ajoute, surtout, à cette même lenteur et aussi à la gravité de l'opération, ce sont les inflammations intercurrentes qui ne surviennent que trop souvent du côté de l'iris, ou vers la chambre antérieure et qui ont pour conséquence soit un hypopyon, soit une suffusion plastique intra-pupillaire. Et, ces accidents phlegmasiques ayant pour siége l'hémisphère antérieur de l'œil, n'en sont pas moins susceptibles de retentir sur l'hémisphère postérieur : L'iritis ou l'irido-cyclite gagne volontiers la choroïde; et à l'irido-choroïdite congestive peut succéder la choroïdite plastique ou la choroïdite atrophique avec toutes les complications qu'elles provoquent du côté de la rétine et du corps vitré.

La capsule antérieure attaquée dans sa partie centrale ou intra-pupillaire est susceptible elle-même de s'opacifier dans le point où s'est opérée la solution de continuité; de là une cataracte secondaire antéro-capsulaire, le plus souvent incomplète, qui gêne plus ou moins l'exercice des fonctions visuelles.

Je n'ignore pas que l'on peut toujours revenir à une seconde opération destinée à compléter la première; mais, je sais aussi que cette ressource est souvent illusoire, car beaucoup de nos malades ne sont soumis que pendant un temps limité à notre observation, la plupart ayant hâte de retourner dans leur famille.

La discision antéro-capsulaire offre d'ailleurs un double écueil qu'il est assez difficile d'éviter.

Si l'ouverture de la capsule est trop exiguë, elle se répare volontiers, assez rapidement, et il faut répéter plusieurs fois la même opération pour arriver à un résultat satisfaisant; on arrive ainsi au système des ponctions multiples, très-efficaces d'ailleurs dans beaucoup de cas, mais qui exigent toujours un temps plus ou moins long ; et, je le répète, ce temps est loin d'être toujours accordé à l'homme de l'art par le malade lui-même.

Si le débridement capsulaire est, au contraire, aussi étendu que possible, la cataracte augmente très-rapidement de volume, grâce à l'imbibition de son noyau, et il n'est pas rare de voir survenir, comme

après l'abaissement sus-capsulaire, un véritable étranglement du membre oculaire avec toutes ses conséquences. Et puis il faut savoir que les accidents phlegmasiques intercurrents se répètent souvent un plus ou moins grand nombre de fois pendant la durée du travail de résorption, de telle sorte que la guérison marche avec une lenteur parfois désespérante, et souvent le malade ne recouvre la vue que 6, 8 ou 10 mois après l'opération. J'ajoute qu'il faut considérer comme très-heureux les cas où la pupille a conservé la liberté de ses mouvements et qu'il ne persiste aucunes traces d'opacité capsulaire dans le champ visuel.

B. *Dans la discision postéro-capsulaire*, l'aiguille manœuvre comme s'il s'agissait de déprimer un corps solide et résistant; elle ouvre par conséquent la capsule postérieure à sa partie inférieure et externe, de manière à établir une large communication entre la substance cristalline plus ou moins diffluente et l'humeur vitrée. Le noyau du cristallin a pu être déprimé par le fer de lance; il a pu échapper aussi à son action; j'estime qu'il n'y a pas trop à se préoccuper de l'un et de l'autre de ces résultats : le point capital pour nous étant de permettre à l'humeur vitrée d'envahir la place du cristallin et aux débris de la lentille de gagner la place de l'humeur vitrée.

Ces conditions suffisent; mais elles sont de rigueur, pour la guérison progressive de la cataracte dont la résorption s'opère, pour ainsi dire, jour par jour, et molécule par molécule, et cela sans intervention de l'art et par le jeu régulier des lois de l'organisme.

On savait depuis longtemps, grâce à des autopsies assez nombreuses, qu'un cristallin opaque, luxé dans l'humeur vitrée, s'y résorbe sur place graduellement et dans un temps donné; mais l'on ignorait parfaitement qu'il doit en être de même alors que, la capsule antérieure étant intacte, une cataracte molle ou demi-molle venait à être mise en contact avec l'humeur vitrée par le débridement de la capsule postérieure du cristallin. Or, la résorption du corps opaque est, dans ces conditions, la règle générale; et tout en restant soumise à l'état local et à l'état général du sujet, elle marche aussi vite, toutes choses égales d'ailleurs, que la résorption provoquée par le débridement de la capsule antérieure; et elle n'est pas soumise comme celle-ci à des temps d'arrêt provoqués et entretenus par des phlegmasies intercurrentes surgissant du côté de la capsule, de l'iris, de la chambre antérieure.

Il semble que la capsule antérieure joue, dans l'espèce, le rôle de membrane isolante rendant indépendant l'un de l'autre les deux hémisphères de l'œil, en ce sens que ce qui se passe dans l'hémisphère postérieur, a peu de tendance à retentir sur l'hémisphère antérieur. La réaction qui se produit du côté de cet hémisphère postérieur est, en général, modérée et très-passagère; aussi, ai-je pour règle, de laisser les yeux libres pour l'exercice de la vision, alors même que la moitié supérieure de l'ouverture pupillaire est seule dégagée, habitué que je suis à constater la parfaite tolérance de l'œil pour les débris cristalliniens en voie de résorption.

§ III *Ses résultats.*

On peut diviser en succès rapides et en succès tardifs les résultats que donne notre procédé sous-capsulaire.

Les premiers sont ceux que l'on obtient en quelques jours par l'abaissement régulier des cataractes dures et résistantes.

Les seconds ont trait aux cataractes molles et diffluentes, non dépressibles par conséquent, et dont la résorption finit par faire justice, grâce au débridement de la capsule postérieure du cristallin.

Or, il ne faut pas oublier que les cataractes dures sont beaucoup plus nombreuses que les cataractes molles.

A. *Succès rapides* : ils rivalisent avec les cas les plus heureux fournis par l'extraction, car du 12e au 15e jour, à dater de l'opération, la plupart des malades peuvent être considérés comme convalescents et renvoyés dans leur pays.

Je n'ignore pas tout ce que l'on a dit et répété sur les dangers inhérents à la pré-

sence du cristallin dans l'humeur vitrée et sur les inflammations plastiques ou suppuratives des membranes internes, produites par la présence de ce corps étranger, mais j'estime que sans les supprimer d'une manière absolue, notre procédé opératoire diminue singulièrement leur fréquence, de telle sorte que les premiers jours passés, l'opération peut être considérée comme exempte de danger dans la très-grande majorité des cas.

Il y a plus, c'est qu'il est presque toujours possible de prévoir à l'avance le degré de tolérance du corps vitré pour le cristallin opaque, et cela en se laissant guider par l'état constitutionnel du sujet.

L'expérience m'a, en effet, démontré que les différents états d'iathésiques aggravent beaucoup le pronostic de l'opération de la cataracte en général, et en particulier celle qui est pratiquée avec l'aiguille.

B. *Succès tardifs* : du 25e au 30e jour après l'opération, la cataracte est déjà en bonne voie de résorption : le 1/4 ou même le 1/3 supérieur de l'espace pupillaire est ordinairement dégagé, et la vision commence à s'exercer dans une grande étendue.

On peut fixer à trois mois, en moyenne, le temps nécessaire à la guérison définitive.

Le mécanisme de la guérison paraît lui-même des plus simples : il semble que la capsule antérieure exhale une certaine quantité de liquide qui ramollit et délaie, pour ainsi dire, les débris cristalliniens destinés à disparaître molécule par molécule. Cette sorte d'hydropisie intra-capsulaire expliquerait et le tremblottement de l'iris et le déplacement des fragments de cataracte que l'on constate assez souvent pendant les mouvements des globes oculaires.

Je viens de parler de succès rapides et de succès tardifs : on les observe le plus souvent d'une manière isolée, mais il n'est pas rare, non plus, de les rencontrer sur le même sujet dont l'un des yeux guérit très-vite et l'autre beaucoup plus lentement.

Est-ce à dire que le *procédé sous-capsulaire* ne donne que des succès et qu'il mette toujours à l'abri d'accidents consécutifs.

Non; mais ce que j'affirme, et ce que je tiens surtout à proclamer, c'est que ce mode opératoire, m'a paru plus inoffensif que le *procédé sus-capsulaire* des auteurs, tout en prévenant plus sûrement que lui les cataractes secondaires, contrairement à l'opinion générale des chirurgiens de notre époque.

Dr TAVIGNOT.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

De la réduction de la hernie par la méthode de l'inversion. —Ce mode de traitement, bien que signalé dans nombre de traités de chirurgie, n'a jamais été apprécié selon son mérite, n'étant considéré que comme un adjuvant des autres moyens employés pour la réduction des hernies. Mon but, dans cet article, est d'attirer l'attention sur l'efficacité de l'inversion employée exclusivement, non-seulement dans la hernie réductible, mais encore dans la plupart des cas où elle est devenue étranglée, et de signaler tous les avantages d'un mode de faire si aisé à mettre en pratique.

Le traitement par l'inversion de la hernie étranglée, consiste à placer le patient dans une position telle, que la pesanteur

suffise à elle-seule pour réduire le déplacement. Cet effet est aisément obtenu en élevant le pied du lit du malade, de manière à faire affecter à ce même lit un angle de 45°. Dans une telle position, les intestins vont se porter, par les seuls effets de la pesanteur, vers les parties supérieures de la cavité abdominale, et entraînent graduellement la partie étranglée. Il est évident, eu égard à la nature de la cause, qu'une force agissant graduellement et en dedans de l'abdomen, doit donner les effets plus efficaces que ceux que peut produire une force appliquée à l'extérieur.

Le taxis, quelque prudemment qu'il soit effectué, doit entraîner presque toujours la rupture des parties qui s'opposent à la réduction : il peut, néanmoins, rester infructueux, et l'opération devient alors nécessaire. Parfois des efforts manuels énergiques sont effectués par le malade ou par ses amis. Ces tentatives violentes demeurent souvent sans effet, et entraînent les conséquences les plus sérieuses. La contusion des parties, des extravasations de sang, la congestion, l'inflammation et même la gangrène de l'intestin déplacé peuvent être les suites de ces manipulations maladroites et brutales.

D'autres moyens ont été conseillés contre cet accident, entre autres : la saignée, les inhalations de chloroforme, les bains chauds, l'émétique, les applications froides, etc. Tous ces moyens sont incertains dans leurs effets, ils ne sont pas toujours applicables, et souvent leur emploi fait courir des risques au malade. L'inversion, au contraire, réalise sans aucun danger tous les avantages désirables. Elle peut être employée par tout le monde, dans tous les cas, dans tous les lieux. En cas d'insuccès (alors, par exemple, que les organes déplacés ont contracté des adhérences), le patient se trouve dans des conditions beaucoup plus favorables pour subir l'opération qu'après l'emploi des autres méthodes.

Le cas suivant démontre l'efficacité de ce mode de traitement.

— Le nommé Dhorée, âgé de 42 ans, fut admis le 4 décembre au dispensaire de Arrah, avec une hernie étranglée (oblique inguinale droite); le déplacement s'était souvent produit par le passé; mais sa réduction avait jusque-là toujours été facile. Dans la circonstance actuelle, ni le malade, ni ses amis, ne purent l'effectuer. Le résultat de ces manœuvres fut d'augmenter les souffrances du patient, qu'on se décida le lendemain matin à conduire au dispensaire.

L'aide-chirurgien essaya d'opérer la réduction par le taxis, avec le concours du chloroforme : ses efforts restèrent sans résultat. Je vis moi-même le malade 30 heures après l'accident. Sa souffrance était extrême. Aucune évacuation alvine n'avait eu lieu depuis cette époque. Il y avait une grande prostration accompagnée de hoquets et de vomissements.

Je fis élever le pied du lit, de manière à lui faire affecter un angle de 45°. Le malade fut maintenu dans une telle position. Aucun autre moyen ne fut mis en usage. Au bout de vingt minutes, la réduction s'était effectuée spontanément. Le malade s'est très-bien rétabli.

Ainsi, dans ce cas, le taxis combiné avec le chloroforme, avait complétement échoué; les symptômes avaient acquis un haut degré de gravité. Si l'inversion eût échoué à son tour, une opération fût devenue la dernière ressource.

Dans de telles circonstances, le succès de l'inversion est une preuve suffisante de sa valeur. Il convient donc d'y recourir dans la plupart des cas de hernie étranglée, avant d'en venir à l'opération.

(Arrah, Shahabad, Bengale.)

Dr THORNTON.

(Trad. de *The Lancet*.)

Du déplacement sans fracture, de la 7e vertèbre cervicale, avec la 1re dorsale. — J. C., âgé de quarante-deux ans, homme fortement musclé, le 22 mai dernier, se trouvant en état d'ivresse, s'était engagé dans une lutte athlétique. Pendant qu'il se tenait abattu sur les mains et les genoux, son adversaire plaça une main entre ses cuisses, l'autre en arrière du cou, s'efforçant de rabattre celui-ci, jusqu'à ce que la tête portât sur la poitrine.

Il le tint dans cette position pendant une demi-minute. Une fois relâché, on s'aperçut que J. C. ne pouvait plus se redresser.

Deux heures après, je fus appelé auprès de lui, et diagnostiquai un déplacement de la 7e cervicale sur la 1e dorsale, occasionnant la compression de la moelle épinière. Le malade était sans connaissance : il resta dans cet état jusqu'au moment de la mort, survenue trois jours plus tard.

Il y avait une perte complète du mouvement et de la sensibilité dans les membres inférieurs, et de sensibilité dans le tronc, au-dessous du siége de la lésion. Le mouvement et la sensibilité n'étaient pas entièrement abolis dans les membres thoraciques. Priapisme et spermatorrhée. Je le sondai : j'appliquai des sangsues et des fomentations chaudes; je prescrivis du bromure de potassium et de l'essence de térébenthine. Le malade alla de pire en pire, et mourut dans le cours le troisième jour.

Voici le résultat de l'autopsie, pratiquée vingt-neuf heures après la mort.

Ecchymose considérable au siége de la lésion. En découvrant la moelle épinière, on trouve une séparation marquée dans le tissu médullaire, entre la 7e dorsale et la 1re cervicale. Les ligaments super et inter-épineux sont rompus. Les ligaments jaunes sont forcés et déchirés. Le dure-mère est contusionnée, et le cordon spinal ramolli, depuis le siége de la lésion jusqu'au cerveau. Le ligament postérieur commun est déchiré entièrement; l'intérieur seul n'est pas rompu. Il n'y avait aucune fracture. Congestion du cerveau : cervelet très-ramolli.

L'examen du thorax et de l'abdomen n'a pas été jugé nécessaire.

G. K. Pitcaten.

(*The Lancet*, 31 juillet 1875.)

Empoisonnements produits par des vésicatoires cantharides.—Depuis nombre d'années, je donne des soins à une dame de quarante-cinq ans, de forte constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin très-accentué, chez laquelle se manifesta au début une sorte de rhumatisme cérébral fort intense, présentant un caractère intermittent des plus bizarres, alternant avec des douleurs utérines et ovariennes, de la façon la plus étrange.

Après avoir épuisé toutes les ressources de la médication antiphlogistique raisonnée, les antispasmodiques les plus énergiques, le sulfate de quinine sous toutes les formes, les anesthésiques les plus actifs, chloral, chloroforme, éther, asa fœtida, castoréum, une première fois je fis appliquer, à titre de révulsif, un vésicatoire volant de 10 centimètres, fortement camphré, sur la région hypochondriaque gauche.

Dans la soirée de l'application de ce vésicatoire, quatre heures environ après, la malade fut prise d'un véritable délire, avec nausées, vomissements, aspect vertigineux de la face, excitation cérébrale progressive, refroidissements, sueurs froides; comme on peut en juger, je me trouvais en présence d'un empoisonment cantharidien. En effet, il y avait anurie complète, avec ardeur insupportable; nous opposâmes les opiacés, les antispasmodiques, les dérivatifs intestinaux, et les accidents se calmèrent, mais lentement, quarante-huit heures après l'emploi des bains tièdes prolongés.

Plusieurs mois après, les accidents rhumatismaux s'étant de nouveau stabilisés dans la région fronto-orbitaire, je conseillai l'application de deux petits vésicatoires volants de 3 centimètres, camphrés, à la région temporale.—Six heures après leur application, la malade ressentit immédiatement les mêmes phénomènes morbides relatés plus haut, et presque de la même intensité.

—Tout dernièrement, désireux de prévenir les retours de semblables crises cérébrales, je fis appliquer aux deux bras un vésicatoire de 5 centimètres : huit heures suffirent pour amener une succession de phénomènes d'empoisonnement, toujours semblables aux premiers. Voilà certes un exemple curieux de susceptibilité à l'action thérapeutique des cantharides. (*Journal de chimie médecale.*)

Du frémissement de la voix dans la pleurésie et la pneumonie. — Nos auteurs classiques donnent comme signe différentiel de la pleurésie et de la pneumonie le frémissement des parois thoraciques, « nul dans la pleurésie, conservé, parfois seulement amoindri, et parfois aussi un peu exagéré, lorsque le poumon est hépatisé » (Grisolle). Le Dr E.-G. Janeway, de New York, trouve que l'on attribue à ce signe une valeur beaucoup trop grande dans le diagnostic des deux affections, et, dans un article du *Medical Record* (5 juin), il cite un certain nombre de cas de pleurésie avec épanchement où le frémissement existait au niveau du liquide, et d'autre part des cas de pneumonie où ce signe manquait. Aussi il donne à son article les conclusions suivantes :

1° Le frémissement de la voix manque généralement au niveau d'un épanchement pleurétique.

2° Lorsqu'il existe, il peut être dû à des adhérences du poumon aux parois de la poitrine au-dessous du niveau du liquide ; de même ce frémissement peut se propager au travers du liquide, et dans ce cas, il peut être plus faible ou plus intense que du côté opposé. Dans quelques cas il n'existe pas ou il est très-faible, à la partie inférieure du poumon du côté sain ; alors son absence du côté malade perd de sa valeur.

3° Le frémissement de la voix est généralement augmenté dans la pneumonie.

4° Cependant il peut être amoindri ou même il peut manquer entièrement, soit par suite de l'oblitération de la bronche par compression ou par l'accumulation dans sa cavité de quelque substance, du sang coagulé, par exemple, comme l'auteur en a observé un cas ; soit par la présence d'une quantité considérable de liquide dans le sac pleural.

5° Le frémissement de la voix peut manquer du côté sain ; dans ces cas, l'existence de vibrations considérables du côté malade fera incliner très-fortement du côté de la pneumonie.

Le professeur Flint appelle également l'attention sur la plus grande valeur de l'absence des vibrations thoraciques du côté droit, comme signe des épanchements pleurétiques, et sur la plus grande valeur de leur exagération du côté gauche comme signe de la pneumonie, à cause de la différence qui existe dans les vibrations thoraciques, à l'état normal, de l'un et de l'autre côté. Il est évident que l'on ne peut rechercher avec autant de soin les diverses modifications de ce syptôme que lorsque les signes fournis par l'inspection, la percussion et l'auscultation sont insuffisants pour déterminer le diagnostic.

Dans les cas douteux l'auteur fait, à Bellevue Hospital, des ponctions exploratrices, non pas avec un appareil aspirateur, mais simplement avec une petite seringue à injections sous-cutanées, qui n'effraie nullement les malades, et qui est suffisante le plus souvent pour conduire au diagnostic. (*France médicale.*)

Les hydatides des poumons en Australie. — Dans aucun pays, sauf en Islande, d'après le *Melbourne Medical Record* du 6 mars, les hydatides ne sont aussi nombreuses qu'en Australie. C'est l'affection qui est la plus commune dans cette contrée. Elle s'observe surtout dans les bergeries parmi les nègres, parce que ceux-ci mangent de la viande crue ou trop peu cuite et parce qu'ils boivent, sans avoir pris la précaution de la faire bouillir, de l'eau des mares dans lesquelles viennent se désaltérer les chiens de berger ou d'autres animaux. Dans les débuts de la colonie, cette affection faisait un grand nombre de victimes. L'eau des étangs et la viande contenant des hydatides ne constituent pas la seule source de l'affection. Il n'est pas sans danger de manger les plantes, par exemple le cresson, qui croissent dans des mares ou dans des fossés fréquentés par les moutons, les porcs ou les chiens.

Dans quelques cas les malades peuvent indiquer le moment où les hydatides ont pénétré dans leur économie. Par exemple, un malade qui se plaignait de douleurs vives et d'une tumeur, avait bu, après une longue course, six mois avant le début de

ces douleurs, de l'eau d'un étang dans lequel on avait jeté le corps d'un mouton mort d'hydatides. Les deux camarades qu'il avait avec lui burent de cette eau, mais sans en rien ressentir. La plupart des cas que l'on observe chez les enfants de Melbourne peuvent être rapportés à cette cause, que ces derniers ont bu de l'eau d'un étang; les filles paraissent plus sujettes aux hydatides que les garçons; dans un âge plus avancé, c'est l'inverse qui a lieu. Le froid et l'humidité paraissent activer le développement des tumeurs hydatiques. Si l'on place les malades dans un bain d'eau chaude, les hydatides augmentent de volume; si, au contraire, on place le malade dans un bain d'air chaud, et qu'on produise chez lui une transpiration abondante en l'empêchant de boire, le volume du kyste diminuera. Sur cent cas d'hydatides observés, on en trouve à peu près soixante-dix pour le foie et 12 pour le poumon.

Mort subite après la thoracentèse. — M. Legroux a lu à la Société médicale des hôpitaux, une note sur un cas de mort subite par syncope survenue trois quarts d'heure après la thoracentèse pour une pleurésie d'origine traumatique.

Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, qui fut atteint d'une pleurésie gauche à grand épanchement, quinze jours après une fracture méconnue de trois côtes. Il fut envoyé à l'infirmerie de la prison centrale, où M. Legroux se vit dans la nécessité de pratiquer la thoracentèse, en raison de la dyspnée, de la cyanose, de l'abondance de l'épanchement, et surtout du déplacement du cœur refoulé vers la droite. L'opération fut pratiquée dans les conditions ordinaires avec l'appareil aspirateur de M. Potain; deux mille grammes d'une sérosité louche, trouble, légèrement rosée furent extraits.

A la suite de l'opération, le malade fut considérablement soulagé; il eut cette toux quinteuse qui suit, en général, la thoracentèse pendant un quart d'heure seulement et sans expectoration notable. Trois quarts d'heure après, la toux avait cessé, le malade se trouvait très-soulagé et venait de causer avec ses voisins, lorsque tout à coup il s'écria: « Ah! je me sens faible! » et il s'étend sur son lit, fait deux ou trois mouvements du bras, pâlit et meurt.

L'autopsie ne démontra aucune lésion capable d'expliquer la mort. Aucune obstruction vasculaire, pas de congestion ni d'apoplexie pulmonaire; rien du côté du cerveau.

M. Legroux, cherchant la cause de la mort, dans ce cas, tend à admettre que la syncope seule est en cause, syncope qui serait le résultat d'une anémie cérébrale. Cette anémie surviendrait par suite de l'afflux d'une trop grande quantité de sang dans le poumon décomprimé et de la diminution de la quantité de sang circulant dans le département vasculaire cérébral.

(*Revue médicale française et étrangère.*)

Injections sous-cutanées d'eau pure. — Ce procédé, déjà connu depuis quelque temps, n'est pas entré suffisamment dans la pratique. Au moment où il terminait ses études à Paris, M. Laffite a vu soulager rapidement un malade atteint d'un rhumatisme articulaire des plus aigus auquel on faisait des injections d'eau dans le voisinage des articulations douloureuses. L'apaisement fut presque instantané, et les mouvements devinrent possibles. M. Laffite a obtenu, depuis qu'il exerce la médecine, des succès remarquables par les injections d'eau. Il cite notamment le cas d'une femme en proie aux douleurs très-violentes d'un lumbago, qui fut immédiatement soulagée par l'injection de quatre seringues de Pravaz d'eau pure.

Notre confrère a également obtenu des succès, quelquefois incomplets mais souvent aussi définitifs, dans des cas de névralgie faciale, de pleurodynie, de sciatique, etc.; il a réussi même à soulager beaucoup un malade dont les douleurs étaient causées par un phlegmon de la région parotidienne. M. Laffite ajoute que si les résultats qu'il a obtenus sont constants, comme il le croit, la thérapeutique se sera enrichie d'un agent aussi efficace que la morphine et ne présentant pas les mêmes dangers. (*Progrès méd.*)

Moyen contre la masturbation chez les enfants. — *Infibulation.* — La *Gazette médicale de Lombardie* rapporte que le docteur Pozzo, ayant à soigner un jeune garçon qui se livrait avec fureur à la masturbation, lui passa dans le prépuce un anneau d'or, semblable à ceux qu'on met aux oreilles des jeunes filles. Ce moyen atteignit parfaitement le but proposé; au bout de peu de temps, l'enfant revint à la santé.

Emploi du chloral dans les ulcérations du col de l'utérus. — Le Dr Ciastaglio considère le chloral comme un moyen rapide de cicatrisation des ulcères qui accompagnent le catarrhe de l'utérus. La durée du traitement, qui est de vingt à vingt-cinq jours par les moyens ordinaires, se réduit de 12 à 20 jours par l'emploi du chloral.

(Traduit de la *Gazetta medical* de Lisbonne.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 septembre 1875.

Présidence de M. Gosselin.

M. Gosselin présente, au nom de M. le docteur Vergne, de la Châtre (Indre), une note intitulée : *Sur un nouveau procédé de rhinoplastie, destiné à éviter la torsion du lambeau* (Commission : MM. Giraldès et Alphonse Guérin).

— M. le secrétaire donne lecture des testaments de MM. Desportes et Demarquay, contenant les legs faits en faveur de l'Académie.

Après cette communication, M. le président déclare qu'il n'y a rien à l'ordre du jour et lève la séance.

Séance du 28 septembre.

Présidence de M. Gosselin.

La séance a été tout entière occupée par deux lectures, l'une de M. Jolly, sur l'influence de la volonté dans les maladies; l'autre de M. Delasiauve, à propos d'un cas de prétendue monomanie religieuse, sur la classification des maladies mentales qu'il a proposée depuis longtemps.

Ni l'une ni l'autre de ces communications ne peut être analysée; elles méritent cependant, surtout la dernière, d'être signalée.

Séance du 5 octobre 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Cette séance a été à peu près remplie par la lecture de deux importants mémoires, l'un de M. Gosselin, sur ce qu'il appelle *les faux abcès des os et l'ostéite névralgique qui les accompagne ou les simule* et qu'il résume par les trois propositions suivantes :

1° Dans les os longs condensés par une ancienne ostéite, il peut exister des cavités qui ne sont pas des abcès et des douleurs à forme névralgique, qui ne tiennent pas à la présence de ces cavités;

2° L'ostéite à forme névralgique peut même exister sans aucune cavité accidentelle, mais toujours dans un os hypertrophié par une ancienne ostéite;

3° La trépanation peut être utile et est peu dangereuse dans ces cas d'hyperostose avec ostéo-névralgie.

L'autre de M. Piorry, sur *la migraine*, M. Piorry commence la lecture d'un long travail sur ce sujet, qu'il se propose de terminer dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Des signes ophthalmoscopiques différentiels de la commotion et de la contusion du cerveau. — L'auteur, M. Bouchut, termine son mémoire comme il suit :

« Toutes les fois qu'un sujet tombé sur la tête a perdu connaissance et semble paralysé, il y a toujours à se demander si ce n'est là qu'un étourdissement passager, dû à la commotion du cerveau, ou bien, au contraire, s'il y a contusion de la substance nerveuse ou compression de cette substance par un épanchement sanguin ou séreux.

» L'ophthalmoscope, que j'ai employé pour la première fois en 1865, pour éclairer ce diagnostic, donne les résultats les plus importants.

» S'il n'y a que commotion du cerveau, le nerf optique conserve sa forme, sa netteté et ses couleurs habituelles, et les veines rétiniennes, ainsi que la rétine, ne présentent aucune modification.

» S'il y a contusion du cerveau, avec ou sans inflammation consécutive, ou bien s'il y a épanchement séreux ou sanguin, avec ou sans fracture du crâne, le nerf optique et la rétine sont malades; le nerf optique est gonflé, paraît aplati, d'un rose uniforme, parfois plus vasculaire; ses contours sont moins nets, et il est le siége d'une suffusion séreuse, partielle ou générale, qui s'étend à la rétine voisine sous forme de teinte opaline transparente, qui voile plus ou moins le bord pupillaire.

» Les artères diminuent quelquefois de volume, si la suffusion a gagné la gaîne du nerf optique, et les veines rétiniennes plus ou moins dilatées indiquent par la gêne de leur circulation une gêne semblable dans la circulation du crâne. »

Des causes de la coagulation spontanée du sang à son issue de l'organisme, par M. Gréhard. — Lorsque sur un animal vivant (Solipèdes, Ruminants, etc.) on enlève un segment artériel ou veineux et qu'on le conserve à l'air, le sang ne s'y coagule pas, qu'elle que soit la capacité du segment. Après un temps variable, en relation avec le volume du vaisseau et la masse du sang conservé, le segment sèche au point d'offrir la consistance de la corne. Si, à cet état, on reprend le sang ainsi transformé par la dessiccation en une masse céreuse ou même pulvérulente, et qu'on le désagrège dans l'eau, il s'y dissout, et cette solution est susceptible de se coaguler spontanément en masse même après filtration.

Le retard de la coagulation spontanée est en raison directe de la concentration du sang; dans l'expérience précédente, si l'on s'oppose à l'évaporation, le sang se coagule spontanément dans son segment, mais ce n'est qu'au bout de douze à quinze heures après issue de l'animal, et non après cinq à dix minutes, comme lorsqu'on le reçoit dans la palette.

La coagulation du sang de la saignée dans la palette est causée par le contact du corps étranger.

La seule expérience, en effet, dans laquelle on voit constamment le sang issu de l'organisme se maintenir fluide pendant douze heures au moins, sans l'intervention d'agents physiques ou chimiques artificiels (comme le froid ou les solutions alcalines), est celle qui consiste à le garantir du contact des corps étrangers.

L'influence coagulatrice du contact des corps étrangers est d'autant moins grande et que, par leur structure *physique*, ces corps étrangers se rapprochent davantage de la structure *physique* des vaisseaux.

A part le contact des corps étrangers, aucune des conditions nouvelles au milieu desquelles se trouve le sang à son issue de l'organisme n'est capable, par elle-même ou par sa combinaison avec les autres, de déterminer la coagulation. La coagulation, pas plus que la fluidité du sang, ne sont dues normalement à une intervention gazeuze de nature chimique par défaut ou par excès.

Le sang renfermé dans son segment et isolé de l'animal pour être imprégné

d'acide carbonique, d'oxygène, même d'acide sulfhydrique, sans se coaguler, sans perdre sa coagulabilité qu'il manifestera lorsqu'on videra le sang dans la palette (contact étranger).

Le sang conservé dans son segment est revivifiant tant qu'il est fluide, et du sang de bœuf peut, sept heures après son issue de l'organisme, être appliqué avec succès à une transfusion chez un chien saigné à blanc.

Le sang est vivant tant qu'il est coagulable spontanément. La coagulation est la mort du sang. La coagulabilité est enrayée, mais non détruite, par la concentration du sang, de même que les manifestations de la vie sont suspendues par la dessiccation, chez les Tardigrades et les Rotifères; dans les deux cas, l'addition d'eau restituera les conditions physico-chimiques nécessaires aux uns pour faire acte de vie, à l'autre pour se coaguler spontanément.

Association française pour l'avancement des sciences. — M. le professeur Trélat prend la parole et traite un point jusqu'ici peu étudié : le *vaginisme*.

Le vaginisme, affection si caractérisée dans son expression symptomatique, reconnaît des causes très-variées, et c'est probablement cette diversité étiologique qui l'a fait considérer par plusieurs chirurgiens sous des points de vue un peu différents. Il peut être sous la dépendance d'un état inflammatoire superficiel du col utérin, et M. Trélat en cite trois exemples personnels. Le premier a trait à une femme de vingt-trois ans, d'une santé très-satisfaisante, qui présenta aux tentatives d'examen des organes sexuels par le toucher une résistance matérielle et nerveuse telle qu'il fallut une très-grande patience et beaucoup de temps, trois semaines, pour arriver à leur exploration régulière. La contracture vulvaire ne céda qu'après de nombreux essais et l'emploi de sédatifs variés. On ne constata qu'une antéflexion accompagnée d'antéversion et une très-petite ulcération superficielle du museau de tanche. Il semblait que chez cette femme un mélange de sensations douloureuses et voluptueuses, causées par les examens, la rendait encore plus réfractaire aux explorations. Au bout de six mois seulement, et après bien des découragements, elle arriva néanmoins à une guérison complète, et les relations sexuelles, qui avaient été interrompues depuis deux ans par suite de l'état de la vulve et du vagin, purent être reprises sans inconvénients ni douleur.

Le second cas est celui d'une petite blanchisseuse de dix-neuf ans, atteinte d'un léger écoulement leucorrhéique, pour lequel elle entrait à l'hôpital. Le toucher vaginal fut extrêmement difficile, presque impossible, et ce n'est qu'après plusieurs tâtonnements qu'on peut reconnaître un peu de vaginite et des ulcérations superficielles du col. Un glycérolé de tannin la guérit en un mois, et il ne resta plus trace de la contracture tenace et énergique qu'elle avait offerte à son entrée.

La troisième malade était une femme de vingt-huit ans, mariée depuis trois ans et mère de deux enfants. Quand elle vint me consulter, elle souffrait depuis huit jours d'une douleur vive avec ténesme et spasme des organes périnéaux et pelviens; elle était obligée de se tenir courbée en avant pour calmer ces douleurs qui s'exaspéraient toutes les cinq ou dix minutes. Les rapports sexuels étaient devenus impossibles ou tout au moins extrêmement pénibles.

La sensibilité des petites lèvres et du vagin était en effet très-exagérée, et sitôt que le doigt touchait l'utérus, la crise douloureuse atteignait son maximum. Il y avait sur le col une ulcération de 4 millimètres carrés tout simplement. Application du crayon de nitrate d'argent et tampon de glycérine. Au bout de quatre jours la guérison était parfaite. Deux mois plus tard récidive de l'ulcération et du vaginisme; guérison par le même procédé en quinze jours. Quatre mois plus tard nouvelle rechute encore aussi facilement guérie.

Voilà donc trois exemples de femmes atteintes de vaginisme sous l'influence d'une simple ulcération du col. Scanzoni et Ra-

ciborsky avaient déjà indiqué ce phénomène, mais il est encore intéressant d'appeler sur lui l'attention des médecins et de noter sa parfaite curabilité par des moyens simples.

Il semble donc que dans le vaginisme il peut y avoir prédominance du spasme sur la douleur, aussi bien que prédominance de l'hyperesthésie vulvaire ou périvulvaire sur le spasme : de là des indications thérapeutiques différentes.

Remarquons encore que ce que l'on a appelé contraction spasmodique de la vulve et du vagin est véritablement une *contraction* continue plus ou moins durable, mais sans l'intermittence caractéristique des spasmes et des contractions musculaires proprement dites.

On aurait tort également de confondre avec le vaginisme par contraction réflexe certains cas d'atrésie, d'étroitesse vulvaire et vaginale, dans lesquels les douleurs produites par le coït sont dues à des inflammations d'origine mécanique.

La conclusion pratique de cette communication sera donc d'appeler l'attention des observateurs sur les causes si variées du vaginisme, et surtout de leur recommender l'usage judicieux des médications rationnelles appropriées, plutôt que les larges sections périnéales trop appliquées par Marion Sims.

CHRONIQUE ET MISCELLANÉES.

Université libre. — Nous lisons dans l'*Union*: Les évêques suffragants de l'archevêque de Toulouse ont immédiatement répondu à son appel, et ont garanti pour la fondation de l'Université libre une somme considérable (400,000 fr.; le diocèse de Toulouse en fournit 200,000). Cette université s'ouvrira le 1er novembre, et sera établie à l'hôtel Saint-Jean, vaste et magnifique bâtiment habité autrefois par les chevaliers de Saint-Jean de Jérusalem. Elle comprendra les Facultés de droit et de médecine. Les élèves y seront internés. Il sera créé un hospice pour les études cliniques et son enseignement médical. »

***

Les postes médicaux. — A propos de la question des postes médicaux :

A Saint-Pétersbourg, chacun des douze arrondissements de la ville est divisé en quartiers qui ont tous un service médical, nocturne et gratuit. De plus, les journaux impriment chaque jour les noms et les adresses des médecins de service et des pharmaciens.

Allons plus loin. De l'autre côté de l'Atlantique, au Chili, on ajoute au nom des médecins de nuit, les noms des sages-femmes. On ne saurait être plus prévoyant.

Ajoutons que, dans cette République, le roulement est *obligatoire* entre tous les praticiens de la ville, et disons que, il n'y a pas longtemps, à Valparaiso, une sommité ayant refusé de se rendre aux dispositions générales, a été expulsée de la ville.

Les lecteurs de la *Revue de thérapeutique* se souviennent qu'il y a longtemps, un de nos honorables confrères, le Dr Passant, a proposé un moyen simple et peu dispendieux de gratifier la population parisienne de secours médicaux pendant la nuit. Il est pénible de nous voir encore, dans cette circonstance, devancés par l'étranger, dans une mesure d'utilité publique, dont l'idée première nous appartient.

***

Infirmeries de chemin de fer. — *La Gazette de la Bourse* publie le plan suivant de l'organisation de petites infirmeries sur les lignes de chemins de fer pour les voyageurs subitement atteints de maladies ou bien blessés :

Dans chaque gare de chemin de fer doit se trouver un local composé de trois pièces suffisamment vastes et bien aérées, dont une servira d'infirmerie pour les hommes

l'autre pour les femmes, et la troisième renfermera une pharmacie et une installation pour l'aide-chirurgien de service. Un médecin, deux aides-chirurgiens et une garde-malade seront attachés à chaque gare. En été, des étudiants des Facultés de médecine pourront être désignés pour assister les médecins, et les compagnies de chemins de fer seront tenues de leur fournir des logements. Les soins donnés aux voyageurs seront gratuits, mais il sera établi des troncs dans lesquels on pourra déposer des offrandes destinées à former un fonds spécial d'assistance médicale sur les voies ferrées.

***

Influence des impressions de la mère sur le fœtus (*the Lancet*). — F. Ormrod cite le fait d'une femme qui eut la main droite prise dans une porte à une période avancée de la grossesse ; elle fut délivrée en temps voulu d'un enfant du sexe féminin, dont toutes les parties étaient normales, sauf les doigts de la main droite, dont le développement avait été arrêté. Aujourd'hui, l'enfant a deux ans, le pouce et la paume de la main sont tout à fait naturels, mais les doigts ont à peine un demi-pouce de longueur et semblent n'avoir pas d'os.

***

Piqûres d'insectes. — Les piqûres d'insectes, mouches venimeuses, guêpes, frelons, abeilles, taons, cousins, puces, etc., sont instantanément guéries, au moyen d'un poireau. Il suffit de frotter la partie blessée avec ce légume et l'enflure disparaît. On sait combien les négligences peuvent être dangereuses.

***

La fièvre puerpérale à Londres. — Les cas de mort dus à cette maladie enregistrés à Londres en 1871, n'étaient que de 182. Durant les trois dernières années, ils se sont accrus de façon à s'élever à 251 en 1872, à 306 en 1873, et à 456 en 1874. Pendant les treize premières semaines de cette année, 82 décès ont été attribués à cette cause, et, bien que ce nombre surpasse de 14 la moyenne des cas observés pendant la période correspondante des dix dernières années, il est cependant inférieur de 44 à celui du premier quart de l'année 1874. La maladie existe maintenant à l'état épidémique dans beaucoup de quartiers de la ville. (*Le Scalpel.*)

***

Les mères des tribus sauvages. — Voici, d'après la *Revue britannique*, avec quel soin délicat les mères des tribus sauvages traitent leurs rejetons cuivrés :

« Chez les Aléoutes, pour peu qu'un nouveau-né s'avise de crier, la mère l'emporte tout nu au bord de la rivière, soit en été, soit en hiver, et le plonge dans l'eau jusqu'à ce qu'il se taise. Chez les Lièvres et chez les Côtes-de-Chien, on lui refuse tout aliment jusqu'au quatrième jour afin de lui apprendre à jeûner. Chez les Colombiens, la mère le roule dans la neige pour l'endurcir, et on a vu des bambins de quinze mois, empaquetés sur le dos d'un cheval, voyager bravement en se tenant à la bride.

» Chez les Californiens, l'enfant aussitôt né est jeté à l'eau. S'il surnage on le repêche et on a soin de lui. S'il enfonce, on l'abandonne et on ne songe même pas à lui donner une sépulture. Chez les nouveaux Mexicains, les enfants sont livrés à eux-mêmes aussitôt qu'ils sont capables de trouver leur nourriture. Quand les vivres sont rares, les parents les délaissent ou les tuent. Pour surcroît d'agrément, les Chinooks (ce ne sont pas les seuls) leur aplatissent la tête.

» Une tête ne leur paraît belle que si la face présente une ligne droite depuis la racine du nez jusqu'au sommet du crâne. On attache l'enfant dans son berceau aussitôt la naissance, et on l'y laisse depuis trois mois jusqu'à un an. Une pièce de bois ou de cuir, posée sur le front, est maintenue par des liens qu'on raccourcit chaque jour jusqu'à ce que le crâne ait pris la forme voulue.

» Pendant la durée du traitement, le pauvre enfant, avec ses petits yeux noirs à moitié sortis des orbites, offre un triste spectacle.

» On dit pourtant que le petit ne souffre pas trop, que le corps et l'esprit en réchappent. Une femme qui ne se conformerait pas à l'usage se couvrirait de honte, et l'enfant serait, par la suite, méprisé par ses compatriotes à l'égal d'une tête ronde de l'Europe. »

***

Soixante-dix escargots dans le rectum. — M. le docteur Jules Bœckel, de Strasbourg, a fait à la Société médicale de cette ville la communication suivante sur ce sujet : Le malade dont il s'agit, en entrant au service, se plaint de douleurs vives dans les parties inférieures de l'abdomen. Une purgation qu'il lui fit administrer ne fut suivie d'aucun effet. Le soir, les douleurs ayant augmenté encore, le patient avoue à l'infirmier qu'il y a cinq ou six jours, étant pris de vin, un de ses amis profita de son état d'ivresse et lui introduisit dans le rectum un certain nombre d'escargots. L'exploration rectale, qui fut faite sur cette indication, ramena effectivement 52 limaçons de la petite espèce. Un lavement d'huile de ricin en fit sortir quelques-uns, et, le lendemain, le malade en rendait encore une quinzaine.

Le nombre d'escargots retirés et expulsés du rectum était de 70 ; ces mollusques, presque morts, paraissaient n'avoir subi aucun commencement de macération ou de digestion. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

***

La jambe de bois... préhistorique. — Une découverte très-curieuse vient d'être faite dans une île du Mississipi, qui tendrait à prouver que l'art de la chirurgie mécanique n'était pas inconnu aux naturels d'Amérique, qui savaient à l'occasion remplacer par une pièce en bois les membres dont ils étaient privés.

Dans une caverne sous-marine, au plus profond d'un roc, on a trouvé un grand nombre d'objets remarquables, un crâne de bronze, une noix polie, travaillés avec grand art, ainsi que plusieurs autres objets d'un usage plus vulgaire, parmi lesquels un squelette complet muni d'une jambe de bois.

Les attaches de cette pièce artificielle consistent en courroies de cuir et de bronze pétrifiées ; et la jambe semble avoir été démise entre la hanche et le genou.

Cette découverte extrêmement intéressante prouve non-seulement qu'on utilisait déjà le chêne aux époques les plus reculées, mais que le bronze même servait aux peuplades primitives de l'Amérique.

***

Dentition intra-utérine. — Le Dr Jaime S. Myers, cite le cas d'un enfant qui avait neuf dents en venant au monde. Le petit être, d'une constitution très-débile, mourut dans le marasme, étant à peine âgé de 6 mois.

***

— On lit dans la *Patrie* : « Dans les conférences qui ont eu lieu pour l'organisation d'une Université catholique à Paris, il a été décidé d'un commun accord, on le sait, que l'on ajournerait, au moins momentanément, l'enseignement de la médecine.

» Pour les études médicales, en effet, il faut une clinique, des amphithéâtres d'anatomie qui ne peuvent guère faire partie que d'un hôpital. Or, le clergé ne possédant point d'établissement de ce genre, soit à Paris, soit dans les environs, on avait pensé à s'adresser à l'Assistance publique; mais cette idée a dû être abandonnée. »

***

La secte des sauteurs. — Une secte qui fait beaucoup parler d'elle en Russie, c'est la secte des *Sauteurs*, dont le culte se résume en extases, convulsions, danses mystiques et mortifications d'une violence inouïe.

Un vieux paysan, originaire du cercle de Tambow, est le grand prophète de cette secte. Sa réputation s'est étendue au loin, et les pèlerins affluent au village d'Uwarowe, où il réside.

Une troupe de pèlerins s'en revenait, il n'y a pas longtemps, d'Uwarowe dans un état d'extrême surexcitation, lorsque tout à coup l'un d'eux déclare qu'il est Jésus-Christ; une femme affirme qu'elle est sainte Barbe; les pèlerins font halte, jettent bas leurs habits et commencent un vrai sabbat de sorciers, se frappant à la manière des anciens flagellants. Enfin, ils prennent une femme, l'attachent à la roue d'une voiture qui la broie, puis continuent leur chemin.

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — *Du 17 au 24 septembre* on a constaté 801 décès, savoir: variole, 0; rougeole, 8; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 25; érysipèle, 5: bronchite aiguë, 22; pneumonie, 26; dysentérie, 3; diarrhée cholériforme des enfants, 21; choléra infantile, 0; choléra, 1; angine couenneuse, 9; croup, 16; affections puerpérales, 11; autres affections aiguës, 263; (dont 147 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 19; causes accidentelles, 23.

Du 24 septembre au 1er octobre 726 décès ainsi répartis : variole, 5; rougeole, 8; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 19; érysipèle, 1; bronchite aiguë, 19; pneumonie, 15 dysentérie, 6; diarrhée cholériforme des enfants, 19; choléra infantile, 0; choléra, 2; angine couenneuse, 9; croup, 17; affections puerpérales, 54; affections aiguës, 254; affections chroniques, 312 (dont 133 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 28; causes accidentelles, 16.

Du 1er au 8 octobre 768 décès ainsi répartis : variole, 4; rougeole, 8; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 12; érysipèle 1; bronchite aiguë, 23; pneumonie, 21; dysentérie, 3; diarrhée cholériforme des enfants, 23; choléra infantile, 0, choléra, 1; angine couenneuse, 10; croup, 10; affections puerpérales, 7; affections aiguës, 261, affections chroniques, 326 (dont 146 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 28; causes accidentelles, 22.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Librairie H. Lauwereyns, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Manuel de pathologie et de clinique médicales. par le docteur L... Moynac, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur libre de pathologie et de clinique.
1 vol. in-18 de 740 pages. Prix : 7 fr. 50

—

Librairie Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Etude médicale sur l'extatique de Pontet, par les docteurs E. Mauriac et H. Verdalle, rédacteurs de la Gazette médicale de Bordeaux. Paris, 1875, in-8° de 70 pages. Prix : 2 fr.

VARIÉTÉS.

Un chapitre de physiologie de l'étudiant Germain.

Les élèves de nos écoles ont beaucoup fait parler d'eux, *urbi et orbi*, dans ces dernières années. Tout autre est l'idée que l'on se fait, en général, des jeunes gens d'outre-Rhin, que l'on considère comme des types achevés de tenaces et placides travailleurs.

Le récit suivant, que nous empruntons

au *Français* du 28 septembre dernier, nous fait voir que la jeunesse Germaine ne peut avoir plus de prétention à la *sainteté* que la jeunesse Française.

Nous pensons que nos lecteurs parcourront avec intérêt ce chapitre de *Physiologie de l'étudiant allemand*.

— On sait que le duel est en grand honneur à l'université d'Heidelberg, mais la façon dont on se bat le rend peu dangereux. Généralement, le sabre est l'arme choisie, et les combattants sont tellement capitonnés que le combat se termine ordinairement par une balafre dont l'étudiant se montre fier. Aussi c'est un spectacle curieux pour un étranger de voir tous les étudiants porter et montrer avec orgueil une cicatrice à la joue.

Quelquefois, par exception, le duel prend un caractère plus sérieux et a des conséquences plus graves ; témoin celui qui eut lieu en juin dernier, dont le correspondant du *Globe de Saint-Louis* fait un récit *de visu*.

Un jeune homme de Francfort, plein d'avenir, nommé Hirschel, après avoir été reçu « *Fox* » pendant une année, sollicita du corps des anciens son admission comme « Bursch. » Sa demande fut examinée avec soin par les sept présidents, mais deux refusèrent de l'admettre, déclarant que Hirschel n'ayant pas fait preuve de courage dans les duels qu'il avait eus, n'était pas digne de figurer au milieu de braves comme eux. A cette nouvelle, le jeune homme déclara qu'il lui était impossible de rester sous un pareil affront et provoqua celui de ces deux opposants qui s'était montré le plus hostile.

Un duel au pistolet fut arrêté. Un pistolet devait être chargé, l'autre pas. On plaça les adversaires ; le jeune Hirschel soutint le feu de son antagoniste, et la balle qui se logea dans l'arbre qui était derrière lui, lui prouva qu'il avait le pistolet non chargé.

Ce premier feu n'eut donc aucun résultat. Suivant les règles admises, les combattants ont droit à trois balles. En vain les témoins déclarèrent-ils à l'ancien élève que Hirschel s'était bravement conduit, que toute lutte nouvelle était inutile. Tout cela fut en pure perte. On rechargea les armes, le duel recommença. Cette fois encore il fut sans résultat.

Les témoins respiraient et considéraient l'affaire comme terminée ; mais l'ancien universitaire Von Manckel voulut avoir le troisième coup, et, sans tenir compte de l'état de surexcitation bien légitime de son adversaire, après deux coups de feu essuyés de la sorte, on rechargea les armes et le duel recommença, pour se terminer cette fois par la mort du jeune Hirschel.

Le soir, toute la ville connaissait cette affaire, qui fit un bruit immense. Mais la police resta indifférente, les affaires de l'université ne la regardant pas. L'université fait vivre la ville ; sans elle le commerce serait réduit à rien.

L'enterrement devait être fait avec de grands honneurs. Le cercueil magnifiquement décoré, couvert d'immortelles et d'insignes de l'université, et suivi d'élèves portant des torches et des bannières, traversa la ville. Mais le spectacle le plus étrange, dit le correspondant, fut de voir le meurtrier, M. Von Manckel, en culotte courte blanche, avec des souliers à boucles d'argent, une épée au côté, un chapeau à plumes sous le bras, une torche à la main, marcher immédiatement derrière la bière, comme s'il voulait s'assurer que sa vie était bien achevée.

La procession s'étendait très-loin ; elle était une file de torches de plus de [illegible] lomètres. Les élèves de l'université, en grande toilette, l'épée au côté, la torche à la main, présentaient un spectacle brillant.

On parle de poursuites dirigées contre le meurtrier ; mais, d'après le code du collége, la pénalité encourue est de [illegible] années de détention dans une semi-prison, c'est-à-dire que, généralement, on [illegible] forcé de séjourner dans quelque petite ville.

Boîte aux lettres.

4 01. — Le Dr L..., à Tou... (Orne). Inscrit pour 1876.—Que le jeune homme doit s'engager au plus tôt dans les infirmiers de Paris. Il pourra terminer ses études sans frais.

Le Rédacteur en chef-gérant,
Dr Hamon de Fresnay.

N° 21. — 1er NOVEMBRE 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. le professeur GOSSELIN.

1° Affections osseuses et articulaires.

a. FRACTURE DE LA CLAVICULE. — *Echarpe de Cochin.* — Les appareils les plus simples sont évidemment les meilleurs parce-qu'ils sont seuls supportés par les malades, et, selon ce professeur, il est inutile sinon nuisible de s'évertuer à corriger les déplacements, car le plus souvent on ne peut y parvenir.

Les indications formulées par Desault sont excellentes, mais par malheur les pièces de son appareil sont loin de remplir ces indications : ainsi le coussin axillaire employé n'est pas assez résistant, et, s'il est trop dur, il fait souffrir beaucoup les malades. S'il applique cet appareil, M. Gosselin a soin de ne le serrer que fort peu ; mais il emploie surtout l'*écharpe* qu'il a dénommée de *Cochin* parce-qu'il en faisait très-fréquemment usage quand il était chirurgien de cet hôpital. C'est une écharpe de Mayer taillée en *double triangle* (triangle à deux feuillets) qui soutient l'avant-bras comme dans une gouttière, chacune des pointes du triangle répondant à l'une et à l'autre des épaules (compresses bretelles). Si le fragment interne fait une saillie trop prononcée, il joint à cette écharpe un tampon de ouate maintenu par deux compresses graduées.

b. FRACTURE DE LA ROTULE. — *Immobilisation.* — *Matelas de ouate placés en sautoir.* — *Eviter l'arthrite sèche consécutive.* — M. Gosselin est certainement partisan, dans le traitement de cette fracture, de l'immobilisation du genou, mais il évite cependant de la prolonger trop longtemps, car il peut survenir une roideur articulaire fort préjudiciable à la locomotion, une fois la guérison obtenue ; nous avons, il y a quelque temps, observé dans son service de la Charité, un homme qui avait été soigné par M. Le Fort et qui présentait un *cal bien solide*, presque sans écartement; or cet homme éprouvait une gêne marquée et se plaignait de souffrances pendant la marche : si chez lui la consolidation n'avait pas été suffisante et s'il y avait eu cal fibreux, on n'aurait pas manqué de l'accuser d'être la cause du mauvais fonctionnement de la jointure, tandis qu'on ne devait l'attribuer qu'à l'inflammation articulaire, à l'arthrite sèche consécutive.

C'est pour éviter ces accidents que M. Gosselin ne veut pas condamner le genou à une immobilité trop longue. Nous voyons du reste très-souvent dans les hôpitaux des individus porteurs d'anciennes fractures du genou avec cal fibreux et qui marchent parfaitement : tout récemment encore dans le service de M. A. Guérin, que nous remplaçions à l'Hôtel-Dieu,

entre un homme vigoureusement constitué avec une fracture de la rotule gauche; il portait du côté de la rotule droite des traces d'une fracture, bien évidentes ancienne, puisque l'écartement fibreux existant entre les deux fragments n'était pas moins de 12 *centimètres*. Eh bien, il ne se plaignait d'aucune difficulté de la marche, sauf pour le saut, et il s'inquiétait fort peu de savoir si nous devions réussir à lui consolider sa seconde rotule avec un cal fibreux ou osseux.

M. Gosselin préfère de beaucoup les appareils unissant à jour qui permettent de surveiller l'écartement des deux fragments. Celui qu'il met le plus souvent en usage est composé de *deux matelas de ouate placés en sautoir au-dessus et au-dessous de la rotule* recouverts de *courroies* en caoutchouc vulcanisé fixées sur les côtés d'une planche recouverte d'un coussin où repose le membre. Il a eu aussi recours plusieurs fois aux *bandelettes collodionnées* disposées également en sautoir.

2° Affections des organes génito-urinaires.

(homme et femme).

a. Fistule recto-vaginale.— *Dilatation forcée de l'anus, avivement par le rectum.* —Un principe de thérapeutique, applicable à ces fistules, qui a une immense importance selon M. Gosselin, est le suivant: diminuer le plus possible l'ouverture, c'est-à-dire, substituer à un orifice très-étendu (12 millimètres en hauteur, 7 à 8 millimètres en largeur par exemple) un autre beaucoup plus étroit, 2 ou 4 millimètres. Cette diminution équivaut pour ainsi dire à une guérison complète.

Cela est si vrai, que les femmes chez lesquelles on a réussi à substituer une fistule très-étroit à une large fistule, croient souvent qu'elles n'ont plus rien et sont si peu incommodées qu'elles se disent complétement guéries : on les examine et on trouve une petite fistulette qui ne laisse plus passer les gaz et que la muqueuse vient boucher au moment de la défécation pourvu que les matières soient un peu solides.

Un second principe opératoire essentiel est de pratiquer l'avivement, l'affrontement et les sutures du pourtour de la fistule non-seulement suivant les bords mais encore en surface comme cela a été indiqué par Jobert dabord, puis par les chirurgiens américains pour la fistule vésico-vaginale.

Il existe à cet égard deux modes opératoires principaux : 1° *faire l'avivement du côté du vagin*, puis pratiquer les sutures en repoussant la partie froncée du côté du rectum; 2° *faire l'avivement du coté du rectum* (Demarquay) en rejetant au contraire les sutures dans la cavité vaginale. Cette dernière manière de procéder, qui certainement est la meilleure, car les gaz et les matières fécales ne viennent pas irriter la partie avivée, nécessite d'après Demarquay, afin de se créer une voie plus large, l'incision des parties postérieures depuis l'anus jusqu'au coccyx.

M. Gosselin, dans la crainte que cette incision ne détermine ultérieurement un relâchement du sphincter et par suite une incontinence des matières fécales, a cherché à l'éviter et à la remplacer par la *dilatation forcée de l'anus préalable*. Voici les différents temps qui président à cette opération :

a : Dilatation forcée de l'anus.

b : Anus maintenu écarté et élargi par deux écarteurs: la fistule se présente d'elle-même ou est légèrement attirée.

c : le doigt d'un aide entouré de ouate, introduit dans le vagin, repousse encore l'orifice du côté du rectum.

d : Avivement par la cavité rectale, de tout le contour de la fistule, en surface et en ne comprenant qu'une épaisseur assez mince des tissus, à l'aide des ciseaux employés pour les opérations ophthalmologiques.

e : Points de suture intéressant l'épaisseur de la paroi rectale mais ne comprenant pas le vagin.

De cette façon les gaz intestinaux et les matières fécales ne rencontrent la muqueuse qu'au niveau d'un point non avivé, de sorte que le travail plastique et les adhérences qui en sont l'heureuse conséquences ne se trouvent nullement entravés.

M. Gosselin croit aussi qu'il est bon,

comme M. Tillaux l'a indiqué dans ce genre d'opération, d'introduire immédiatement après, dans le rectum, une grosse sonde et de l'y laisser à demeure pour permettre au gaz et aux matières liquides de s'écouler facilement : si la malade peut la supporter, c'est évidemment une garantie de plus pour le succès de la réunion des bords avivés, mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. De plus, on doit avant l'opération purger largement la malade et la soumettre, après, à une diète modérée (bouillon, vin, etc.) et à l'administration de 5, 10, 15 centig. d'extrait opiacé.

b. Rétention d'urine — *Cathétérisme repété* en cas d'urgence, *ponction aspiratrice.*

1° L'une des causes les plus fréquentes se rencontre dans une hypertrophie partielle ou totale de la prostate (cause mécanique) et dans une insuffisance des contractions vésicales, atonie, inertie de la vessie (cause dynamique), cet organe ayant eu à lutter longtemps contre l'obstacle représenté par l'augmentation de la prostate.

L'indication thérapeutique est alors *d'empêcher le réservoir urinaire de se distendre* outre mesure, car il y a à craindre, non pas la rupture qui ne peut avoir lieu que si un choc violent vient s'ajouter à cette réplétion, mais la douleur parfois très-vive et surtout la distension des urétères, des bassinets, des calices et des tubes urinifères : les vaisseaux et les corpuscules de Malgiphi se trouvant comprimés, les reins perdent leurs fonctions et s'atrophient, l'urine reste alors dans le sang (*Urémie chirurgicale*, Gosselin, Sédillot).

On doit donc éviter de laisser les fibres musculaires de la vessie dans un état d'allongement permanent et on doit *cathétériser le malade deux et trois fois par jour* à l'aide de sondes molles bien douces terminées par un bout olivaire. Dans ce cathétérisme répété on n'emploiera pas l'algalie métallique. La sonde à demeure est certainement le meilleur moyen pour mettre la fibre musculaire de la vessie dans le relâchement le plus complet, mais elle expose bien plus que le mode précédent, à la *cystite purulente*. Toutefois cet accident est bien moins à craindre chez les jeunes sujets que chez les vieillards.

2° S'il y a *rétention d'urine complète* et que le cathétérisme ait échoué à plusieurs reprises, il y a indication de créer immédiatement une voie artificielle pour donner issue à l'urine, c'est-à-dire, de pratiquer la *ponction hypogastrique*. L'École chirurgicale à laquelle nous avons été élevé, n'en admettait pour ainsi dire l'indication qu'à la dernière extrémité, s'exagérant peut-être un peu les accidents (l'infiltration urineuse surtout) qui en sont la conséquence et nous prescrivait de répéter nos tentatives de cathétérisme et de persévérer jusqu'à ce que nous ayons réussi à franchir l'obstacle. Ce conseil est excellent, nous l'avouons, mais seulement quand nous avons affaire à un malade qui nous arrive sans avoir passé successivement par les mains de plusieurs chirurgiens pas plus heureux les uns que les autres : mais quand le malade nous dit que les cathétérismes antérieurs ont déterminé de l'écoulement sanguin, quand il existe une ou plusieurs fausses routes, persévérer au-delà d'une certaine limite, dans ces tentatives de cathétérisme chez un malade dont la vessie est complétement distendue, ne peut être la règle de conduite à suivre.

C'est du reste l'opinion de M. Gosselin qui ne regarde pas la *ponction faite avec l'aspirateur* comme une opération bien grave : nous la lui avons vu pratiquer avec succès plusieurs fois dans son service de la Charité. Comme cette ponction doit être, les jours suivants, répétée un plus ou moins grand nombre de fois, nous pensons qu'il serait peut-être préférable de laisser la canule à demeure jusqu'à ce qu'on ait rétabli la continuité du canal. Il y a évidemment une grande différence, au point de vue de la gravité, entre la ponction faite, comme on opérait autrefois, avec le trocart de frère Côme et celle qui est pratiquée de nos jours avec l'aspirateur.

3° Affections kystiques

a. Kystosébacé de la tête (loupe). *Emploi de la pâte de Vienne.*

1er *temps.* Eschare cruciale, circons-

crite, produite par l'application de la *pâte de Vienne*.

2e *temps*. Au bout de huit jours environ, le chirurgien aide à l'élimination de la poche en décollant avec une spatule. A la rigueur le chirurgien pourrait ne pas intervenir et attendre que cette élimination se fasse spontanément par la suppuration : cependant quand le kyste est d'un grand volume on perd du temps et M. Gosselin est d'avis d'intervenir.

Il préfère de beaucoup la pâte de Vienne au bistouri parce qu'il est persuadé que la suppuration consécutive à l'application des caustiques est moins grave et plus efficace que celle qui suit l'emploi du bistouri.

b. Kyste synovial du poignet, dit ganglion. — *Section et scarification sous-cutanées*. — Il y a indication à intervenir seulement quand la masse en grossissant gêne et inquiète le malade, soit par sa difformité, soit par le léger affaiblissement qu'elle peut apporter dans les fonctions des radiaux où des extenseurs : mais une chose sur laquelle insiste particulièrement M. le professeur Gosselin est que la *pathogénie de cette affection* (kyste articulaire) *doit faire écarter toutes les méthodes qui peuvent provoquer la suppuration* : on doit chercher à obtenir dans ce cas la guérison par inflammation adhésive, c'est-à-dire plastique (adhérences des deux surfaces opposées du kyste par produits néo-membraneux). Il ne faut guère compter sur les applications répétées d'*alcool* (Nélaton) ou celles d'*alcool* jointes à la *compression*, essayées par M. Gosselin, surtout si la masse est un peu volumineuse.

L'écrasement produit, comme le voulait Sabatier (deux pouces pressant fortement la tumeur et la faisant éclater de façon à permettre l'effusion de la matière gommeuse dans les tissus ambiants où elle se resorbe), l'écrasement ne peut à la rigueur être considéré comme traitement curatif qu'à la condition d'être répété un certain nombre de fois :

— A la suite d'un premier écrasement, inflammation hyperémique.

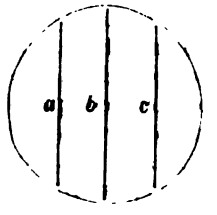
— A la suite d'un second écrasement, inflammation plus prononcée.

— A la suite d'un troisième écrasement, adhésion par fausses membranes.

M. Gosselin préfère, comme méthode thérapeutique, la *section sous-cutanée* du kyste et les *scarifications* toujours sous-cutanées de la surface interne.

1er *temps*. La peau de la face dorsale du kyste est plissée, et à la base de ce pli bien maintenu, on enfonce un petit ténotome pointu de 1 mill. 1/2 de largeur qui pénètre dans le kyste.

2e *temps*. On substitue, à l'instrument précédent, un ténotome mousse dont la lame ne dépasse pas, en longueur, 12 à 13 millimètres. Introduit dans la poche, il sert à diviser complétement le kyste (*section complète*) dans le sens longitudinal (a, b, c) pour éviter la division des filets nerveux qui rampent dans le tissu sous-cutané et



Kyste.

porté à droite et à gauche, il scarifie (*section incomplète*) la surface interne. Le talon de l'instrument répondant à l'ouverture d'entrée et étant complétement mousse, il n'y a aucun danger de l'agrandir, car la partie coupante se trouve en totalité comprise dans la poche.

Cette opération, dite *section sous-cutanée* par Malgaigne, et à laquelle M. Gosselin a ajouté les *scarifications* de la paroi, n'expose pas plus à l'inflammation suppurative que la ténotomie du tendon d'Achille : du moment que la plaie cutanée ne suppure pas, l'inflammation du kyste reste purement plastique et adhésive. Les récidives du ganglion sont du reste bien moins à craindre par cette méthode que lorsqu'on emploie l'écrasement.

Dr Gillette.

(*A suivre*.)

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Service de M. le professeur HARDY.

Urticaire. — C'est une affection qui se montre surtout chez les jeunes gens, et qui est caractérisée par des plaques saillantes entourées d'une aréole rouge et qui s'accompagne de démangeaisons insupportables ; souvent il y a rémission des symptômes pendant la journée, avec poussée revenant le soir et occasionnant, par les démangeaisons qu'elle provoque, une insomnie épouvantable.

Les bains ne font souvent que réveiller l'hyperesthésie cutanée, il faut généralement s'en dispenser, et avoir recours, soit aux lotions chloroformées :

Chloroforme.....	10	grammes.
Huile d'amandes douces.	30	—

Ou encore de la poudre d'amidon ou de la farine simple qui souvent réussit mieux que la poudre d'amidon.

Dans quelques cas la poudre suivante a donné de bons résultats :

Amidon.....	10	grammes.
Oxyde de zinc.....	2	—
Camphre.....	2	—

Mêlez.

Dans les cas rebelles il a recours aux lotions de sublimé :

Deutochlorure de mercure.	10 à 15 centig.
Alcool.....	10 gr.
Eau distillée.....	90 —

En lotions matin et soir.

Comme médication interne, les alcalins sont souvent très-utiles, et dans les cas où ils ne donnent pas de résultats favorables, les arsenicaux sont alors indiquées.

Le régime est d'une importance capitale, il doit être très-rafraîchissant, et l'on doit surtout éviter avec soin les coquillages, les poissons et les fraises.

Eczéma. — L'eczéma chronique amincit la peau et la rend luisante et vernissée. Sous l'influence du moindre choc, un peu fort, cette peau très-fragile se déchire et il se forme des ulcérations très-difficiles à guérir, surtout aux jambes.

Dans l'eczéma lichenoïde, il y a, au contraire, épaississement de la peau. Cette variété survient le plus souvent chez des individus qui manient des substances irritantes. La première chose à faire comme traitement est d'éloigner la cause, puis on a recours aux cataplasmes émollients ou aux enveloppements de toile vulcanisée, jusqu'à ce que la période aiguë soit passée; on a alors recours, soit aux frictions d'huile de cade, soit aux badigeonnages de teinture d'iode. Après quelques jours de ce traitement externe, il faut commencer le traitement interne par la solution arsenicale.

Eczéma du sein. — L'eczéma du sein ne se montre chez la femme que dans trois conditions tout à fait caractéristiques:

1° Pendant la grossesse;

2° Pendant la lactation;

3° Chez une malade atteinte de gale.

Lorsque la femme atteinte d'eczéma du sein n'appartient pas à l'une des deux premières catégories, on peut, à coup sûr, diagnostiquer la gale. Plusieurs exemples d'eczéma du sein se sont montrés dans le service, et M. Hardy a pu nous démontrer la justesse de cette observation. Dans la variété qui est sous la dépendance de la grossesse, l'amélioration se produit très-lentement et souvent la guérison n'est obtenue qu'au moment de la cessation de cet acte physiologique.

L'eczéma à la première période n'a qu'une durée très-éphémère, et rarement le médecin est à même de pouvoir constater la lésion primitive. La seconde période est caractérisée par des croûtes jaunâtres mêlées de squames d'épiderme, lamelleuses et humides; elle a une durée beaucoup plus longue, et demande un traitement émollient par les bains de guimauve, les cataplasmes de fécule, l'enveloppement au moyen de la toile vulcanisée.

Le traitement interne, pendant la seconde période, consiste en purgatifs légers, de temps en temps une tasse d'infusion de sené, et tisane de pensée sauvage su-

crée soit avec du sirop de raifort iodé, soit avec du sirop de salsepareille.

La troisième période est caractérisée par un peu de dessèchement des croûtes, la peau est un peu épaissie et cassante.

Chez les scrofuleux, l'eczéma est beaucoup plus tenace que chez les autres malades ; dans ces cas, il faut insister sur le sirop de cresson, le sirop de raifort iodé, l'huile de foie morue, et faire prendre surtout les préparations d'aséniate de fer.

Arséniate de fer.....	0gr. 40
Extrait de gentiane.....	Q. S.

Pour 40 pilules, une d'abord chaque jour, puis augmenter progressivement jusqu'à trois ou quatre.

C'est un médicament auquel M. le professeur Hardy a souvent recours, et qui lui a donné d'excellents résultats.

Chez les arthritiques ou herpétiques, les préparations d'arséniate de soude à la dose de 4 à 10 milligrammes ; il faut en même temps continuer l'enveloppement dans des toiles vulcanisées, les bains émollients et les bains de vapeur, et ne pas négliger les toniques, la bonne nourriture et les promenades à la campagne lorsqu'elles sont possibles.

Plaques muqueuses. — Leur siége de prédilection est surtout aux endroits où il y a de l'humidité et où il y a frottement de deux surfaces. La plaque muqueuse peut être une des premières ou une des dernières manifestations d'accidents secondaires, et, caractère que M. Hardy a signalé comme pouvant avoir souvent son importance : plus la plaque muqueuse paraît à une période éloignée de l'apparition du chancre, et plus aussi son siége est éloigné de la place occupée par le chancre initial.

Comme traitement interne, il a recours aux pilules de Sédillot et il est interdit de fumer si les plaques muqueuses existent à la bouche.

Le traitement local consiste à toucher les plaques avec une solution de nitrate d'argent :

Eau distillée.....	5 gramm.
Nitrate d'argent.....	1 —

Ou encore avec la solution de chlorure de zinc qui n'a pas, comme la précédente, l'inconvénient de noircir les parties frappées par la lumière :

Chlorure de zinc.....	1 gramm.
Eau distillée.....	15 —

Dans les cas rebelles, on a recours à la solution de nitrate acide de mercure.

Nitrate acide de mercure.....	1 gramm.
Eau distillée.....	100 —

Les plaques muqueuses de la bouche sont souvent très-difficiles à guérir et réclament plus particulièrement l'emploi du nitrate acide de mercure.

Syphilide acniforme. — Les pustules de cette variété de syphilide ressemblent à de l'acné, mais il y a une généralisation et une coloration jaune des pustules que l'on ne voit jamais dans l'acné; de plus, on peut constater la collerette de Biett, l'absence de démangeaisons et la présence de la pléiade ganglionnaire. Cette affection est rendue très-longue par la succession des poussières de pustules. Le traitement consiste en pilules de Sédillot.

Pityriasis lutea ou versicolor. — C'est une affection caractérisée par de petites squames jaunes. Cette maladie est parasitaire et occasionnée par la présence d'un champignon, le micropomus furfur. Elle est peu contagieuse, mais les personnes qui en ont eu une année le voient, dans le plus grand nombre des cas, reparaître à la fin de l'hiver. Le traitement par excellence consiste en bains sulfureux et en frictions avec la pommade suivante :

Axonge	30 gramm.
Acide nitrique.....	1 —

Une friction matin et soir.

Dr A. Cadier.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Du traitement local des affections couenneuses par l'acide lactique.

Dans deux articles publiés en 1870 (1), et qui n'ont pas, si je ne me trompe, attiré l'attention des praticiens autant qu'ils le méritaient, la *Revue de thérapeutique Médico-chirurgicale* faisait connaître les résultats tout à fait remarquables obtenus par le docteur Weber, de Darmstadt, dans le traitement du croup et de l'angine couenneuse au moyen de l'acide lactique employé en solution aqueuse. Ce médecin mêlait l'acide lactique à l'eau dans la proportion de 1/15 à 1/20, et se servait de ce mélange pour arroser et pénétrer les fausses membranes, au moyen d'un appareil pulvérisateur.

Non-seulement Weber avait vu sous l'influence de ce moyen, disparaître rapidement les fausses membranes dans des cas d'angine couenneuse, mais il avait plusieurs fois eu le bonheur d'arracher à la mort des enfants atteints de croup confirmé, et chez lesquels la trachéotomie semblait l'unique et dernière espérance.

Je ne sais si ces faits ont beaucoup modifié la pratique courante ; au silence qui se fait sur cette méthode, je suis peu porté à le croire; c'est pour cela précisément, qu'après avoir de mon côté essayé l'emploi de l'acide lactique, avec des résultats heureux qui m'ont beaucoup frappé, je viens confirmer les faits indiqués par Weber, et faire appel aux praticiens en faveur d'une méthode de traitement simple, facile, non douloureuse, et dont les effets sont excellents.

Examinons rapidement :

1° La manière d'employer l'acide lactique ; 2° le résultat de l'application sur les fausses membranes.

1° On commence par préparer la solution d'acide lactique, en mêlant à une cuillerée d'eau pure commune 15 gouttes d'acide pur ou même 20 gouttes, si le cas est grave et les fausses membranes épaisses.

(1) Voir les nos du 1er mars et du 1er juillet 1870.

L'acide lactique est peu employé encore en médecine, bien que le traitement du diabète par la méthode de Cantané tende à en vulgariser l'usage. Il se pourrait donc faire que toutes les pharmacies n'en fussent pas pourvues. A défaut d'acide pur, pourrait-on se servir de sérum de lait aigri, que l'on trouverait partout en abondance? Il semble probable que ce liquide agirait à la manière de l'eau acidifiée par l'acide lactique, mais jusqu'à ce moment aucun fait n'est venu confirmer cette présomption.

L'eau acidulée est placée dans un appareil pulvérisateur. Il existe un très-grand nombre de modèles, le plus simple, le plus propre, et le moins cher est probablement le petit appareil de Obichardrau, en verre. Le pulvérisateur Marinier est un peu plus compliqué et d'un prix plus élevé, mais il peut aussi rendre d'autres services, servir au besoin d'irrigateur, d'injecteur, etc.

Quel que soit l'instrument choisi, le liquide doit être projeté en fine poussière sur les fausses membranes, de manière à les baigner entièrement. Si elles atteignent le larynx, le mouvement de l'air dans l'inspiration peut entraîner le nuage de poussière médicamenteux jusque sur les parties malades, à la condition que l'on choisisse pour le lancer le moment convenable, c'est-à-dire l'instant de l'inspiration.

Cette insufflation est très-facile chez les adultes et les enfants raisonnables qui veulent s'y prêter. Elle n'est aucunement douloureuse; elle est à peine gênante. Il est bon, pour éviter des mouvements involontaires, de faire pénétrer le bec de l'instrument insufflatoire dans la bouche, au lieu de le tenir en avant, à une certaine distance. Dans ce dernier cas, en effet, la poussière liquide froide viendrait frapper les lèvres et le nez, et occasionnerait instinctivement quelques mouvements contre lesquels on serait obligé de lutter.

Chez les enfants très-jeunes, que tout effraie, il serait inutile de faire appel à la raison. On doit donc les envelopper dans une couverture, et les maintenir comme s'il s'agissait d'enlever les amygda-

les, ouvrir la bouche en introduisant une cuillère entre les dents, et jusque sur la base de la langue, et pratiquer l'insufflation. Comme l'opération n'est nullement douloureuse, la plupart des enfants, après avoir résisté, lors des premières applications, s'y prêtent assez bien au bout de quelque temps, surtout lorsque l'expérience les a convaincus que toute résistance est inutile.

Chaque insufflation doit durer 8 à 10 secondes, c'est-à-dire un temps suffisant pour que toutes les fausses membranes soient couvertes de poussière acide.

Au début, et tant que les fausses membranes sont épaisses, on doit renouveler l'application de demi-heure en demi-heure, et même s'il le faut, tous les quarts d'heure. Au bout de quelque temps, à mesure que les productions pseudo-membraneuses diminuent, on éloigne peu à peu les opérations, et l'on finit par n'en plus faire que toutes les 2 ou 3 heures.

Aucun autre traitement local n'est nécessaire.

On doit, avec l'acide lactique, comme avec tout autre mode de traitement, s'efforcer de soutenir les forces presque toujours profondément déprimées, au moyen d'aliments fortifiants, potages, œufs, chocolat, viandes hachées. Il est bon d'accorder peu de boisson.

2° Le *résultat* varie suivant que l'application a été faite régulièrement ou avec négligence. Weber avait vu des malades atteints de croup, chez lesquels la dyspnée était à son comble, complétement soulagés de ce pénible symptôme, au bout de 7 à 10 heures, et guérir 2 ou 3 jours après. J'ai pu observer, dans des cas d'angine couenneuse, des résultats analogues. Les fausses membranes ont disparu en 4 ou 5 heures, chez un enfant auquel le traitement a été rigoureusement appliqué. Une autre fois, je reçus dans mon cabinet un ouvrier de 25 ans environ, chez lequel des fausses membranes très-épaisses, d'un blanc jaunâtre, recouvraient les deux amygdales et toute l'issue du gosier. Il existait, en même temps, un état fébrile très-marqué, un accablement profond, peu de douleur; l'abondance des membranes et leur épaisseur, la grosseur des ganglions sous-maxillaires engorgés me donnaient les plus vives inquiétudes quant à la marche ultérieure de la maladie. Comme le sujet était capable de comprendre son état et de se traiter avec intelligence, je lui fis entendre qu'il s'agissait là d'un état qui pouvait devenir très-sérieux, mais qu'il viendrait très-bien à bout de modifier, s'il suivait exactement le traitement que j'allais lui conseiller. Il pratiqua ses insufflations d'une manière très-régulière, et le lendemain j'eus la joie d'apprendre que toute trace de fausses membranes avait disparu.

Chez une enfant de 8 ans, que j'ai vue récemment en consultation avec un confrère, enfant gâtée, faible, lymphatique, l'angine couenneuse datait de huit jours. Confinées d'abord sur les amygdales et les piliers du voile du palais, les fausses membranes s'étaient étendues à la paroi postérieure du pharynx, malgré un traitement local fort énergique et des cautérisations nombreuses faites avec soin par le médecin de la jeune malade. Depuis 12 à 15 heures, un enrouement très-marqué était survenu, et faisait craindre, avec juste raison, l'extension de la maladie au larynx. L'enfant fut soumise aux insufflations d'acide lactique pulvérisé, et malgré l'extrême indocilité de cette petite fille, qui a dû rendre les applications du remède peu régulières, tout avait complétement disparu au bout de deux jours.

Chez deux autres sœurs, de 8 à 10 ans, l'affection dura plus longtemps, parce que l'application fut loin d'être méthodique. La mère, qui s'était chargée d'appliquer le remède, ne prenait point la précaution d'abaisser suffisamment la base de la langue et projetait la poudre liquide sur la face antérieure du voile du palais et supérieure de la langue, au lieu d'en baigner les fausses membranes; elle finit par devenir plus habile et les plaques blanches disparurent aussi au bout de quatre jours.

Je ne veux point multiplier les observations de ce genre. Chaque médecin pourra les vérifier lui-même dans sa pratique, et je suis convaincu qu'il y trouvera,

si l'application est convenablement faite, la meilleure de toutes les preuves en faveur de l'efficacité de ce moyen très-simple (1).

Grisolle dirait à ses élèves que l'on pourrait rendre à la science et à la pratique médicale plus de services réels en confirmant ou infirmant après expérience, les faits déjà publiés qu'en en faisant connaître de nouveaux. Cette pensée n'a point cessé d'être vraie. Le besoin de faire du nouveau et d'inventer quelque chose tourmente certains esprits de notre époque de telle façon, qu'ils se hâtent quelquefois de proclamer par la voie de la presse une foule de prétendues découvertes qui encombrent la science et la pratique, et auxquelles l'avenir refusera sa sanction. C'est à l'expérience qu'il appartient de juger ce qu'il convient de conserver ou de rejeter dans les affirmations précipitées, et la confirmation donnée par un praticien autre que l'inventeur me semble toujours utile.

G. Regnault.
Professeur de thérapeutique à l'Ecole de Rennes.

Du traitement de la constipation et de la diarrhée par les petits lavements d'eau alcoolisée.

Chacun sait combien il est parfois difficile, aux personnes affligées d'une constipation habituelle, d'aller à la selle; on sait également combien sont vives les douleurs que peut leur faire éprouver le passage de fèces trop durcies par un long séjour dans le gros intestin. Je n'ignore pas l'avantage que l'on peut retirer des lavements; mais qui n'a été témoin du peu d'effet que les injections d'eau simple produisent le plus souvent? Voici, pour obvier à un pareil inconvénient, un moyen que je regarde à peu près comme infaillible :

On prend un verre à boire ordinaire et on l'emplit à moitié d'eau simple à la température ambiante. On y verse quelques gouttes d'alcool camphré, assez pour rendre le verre d'eau sensiblement sapide ; on achève de remplir le verre avec la même eau, de manière que le mélange soit parfait.

On prend ensuite une petite seringue d'étain d'une contenance d'environ 20 grammes d'eau; les petites seringues sont très-faciles à manier d'une seule main; on trempe le doigt dans un peu d'huile d'olive et on en enduit le pourtour extérieur de l'anus. Ensuite on remplit la petite seringue d'eau alcoolisée, en ayant soin de pomper plusieurs fois et de refouler tour à tour le liquide afin de bien amorcer l'instrument. Cette précaution prise, on s'accroupit convenablement, et la canule introduite dans l'anus, on fait passer dans le rectum tout le contenu de la seringue. Il faut recommencer la même manœuvre au moins trois fois, de manière que la quantité d'eau alcoolisée introduite soit à peu près de 60 grammes; si l'on en prend 80, cela n'en vaut parfois que mieux.

L'effet en paraît d'abord à peu près nul, et ce n'est guère qu'au bout de cinq à dix minutes que commence à se faire vivement sentir le besoin de défécation, qui alors devient irrésistible.

L'effet est d'autant plus énergique, que la quantité d'alcool camphré mêlé à l'eau est plus considérable. Il faut l'avoir éprouvé, pour s'en faire une idée. Après la défécation, il est bon de reprendre encore environ 60 grammes de la même eau et de la conserver dans le rectum, ce qui se fait très-facilement, et prévient toute constipation pour le jour suivant.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable dans l'application de ce remède, c'est que, quelque invraisemblable que la chose puisse paraître, il convient également dans les cas de diarrhée, même rebelle.

Pour y remédier, voici ce qu'il faut faire :

Avec l'eau préparée comme ci-dessus

(1). L'action de l'acide lactique pulvérisé sur les fausses membranes se traduit, non point par le détachement en masse de celles-ci, mais par une sorte de ramollissement et de fonte moléculaire. Elles deviennent molles, perdant leur consistance, prennent un peu l'apparence de simples mucosités, et paraissent être rejetées à la manière des crachats, et par parcelles. Sur ce point encore, je ne fais que confirmer l'observation de Weber.

l'on prend quatre petits lavements, mesurant environ 80 grammes d'eau alcoolisée, et l'on va sur la chaise pour laver le rectum.

Puis on en reprend 60 grammes, que l'on garde en résistant aux quelques épreintes qui peuvent survenir. Si cependant une seconde dose produisait encore un effet par trop incoercible, il ne faudrait pas hésiter à s'en débarrasser pour recommencer à prendre une troisième dose qui serait alors plus facilement conservée.

Je dois faire observer que, quand il s'agit d'arrêter une diarrhée, l'eau doit-être un peu plus fortement alcoolisée que quand on veut remédier à une constipation.

Dr Simon, à Metz.

Des sondes à demeure.

Lorsque le traitement de la rétention d'urine par les moyens médicaux a échoué, il faut procéder de suite à l'évacuation de l'urine et s'opposer à une nouvelle distension de la vessie. Si le cathétérisme n'offre pas de difficulté et que le malade puisse, lorsque le besoin s'en fera sentir, être sondé par son médecin, par une personne de son entourage et mieux encore par lui-même, c'est par l'évacuation régulière du réservoir urinaire au moyen d'une sonde en gomme ou en caoutchouc, jointe à un traitement médical rationnel, que l'on réussit dans un certain nombre de cas. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il arrive que le cathétérisme est assez difficile, pour que le médecin appelé se trouve dans l'obligation de réclamer l'assistance d'un chirurgien; celui-ci vide le réservoir urinaire, et quoique le cathétérisme qui devra être pratiqué ultérieurement offre moins de difficultés, il en présente quelquefois encore assez pour nécessiter la même intervention. D'autres fois, la première tentative de cathétérisme a produit une fausse route, qui rend la même opération très-hasardeuse. Enfin le médecin a pu sonder le malade, mais la distance ou toute autre circonstance ne lui permettent pas d'être auprès de lui aussi souvent qu'il est nécessaire d'évacuer l'urine et personne ne peut le remplacer.

Or, tous les praticiens savent que la vie est le plus ordinairement très-menacée lorsqu'il survient une ou plusieurs rétentions d'urine, même de courte durée. Il est nécessaire que la vessie soit vidée *au moins* quatre ou cinq fois dans les 24 heures, et quelquefois plus souvent. De plus cette évacuation doit avoir lieu à intervalles de temps égaux.

Si quelque circonstance s'y oppose, il convient alors de placer à demeure une sonde d'un calibre moyen (du n° 13 au n° 18) très-lisse, très-souple et de la fixer non-seulement à la verge, mais de plus à un suspensoir, afin qu'elle ne puisse pas sortir de la vessie; on la ferme avec un fosset en bois que le malade ou un assistant retirent quand cela est nécessaire. Si le cathétérisme peut être pratiqué régulièrement dans le jour, on la place seulement pendant la nuit. Cette méthode de traitement permet au malade de se lever, de se promener, d'être en un mot dans des conditions beaucoup plus favorables pour le rétablissement de sa santé.

Lorsqu'il existe une fausse route, ou lorsque le cathétérisme est assez difficile pour que le médecin soit dans l'obligation d'appeler un chirurgien, il convient alors de placer à demeure une sonde *ouverte à ses deux extrémités*. On en trouve dans le commerce, et si l'on n'en possède pas, il suffit de prendre une sonde en gomme droite ou courbe, dont on coupe le bout de manière à conserver les yeux, et dont on lime soigneusement l'extrémité coupée.

Afin d'éviter les difficultés surmontées une première fois, mon père conseillait d'employer la sonde d'argent à conducteur; celle-ci étant introduite on l'allongeait par son mandrin et on s'en servait pour faire glisser jusque dans la vessie une sonde en gomme, puis on la retirait. Une double manœuvre servait à faire le changement de sonde (1).

---

(1) Leçons du Dr Amussat sur les rétentions d'urine. Paris, 1832, p. 140.

La sonde à conducteur nécessitant l'emploi d'un tube en gomme assez volumineux. J'eus la pensée d'employer une sonde double droite et plus tard une sonde d'ar-

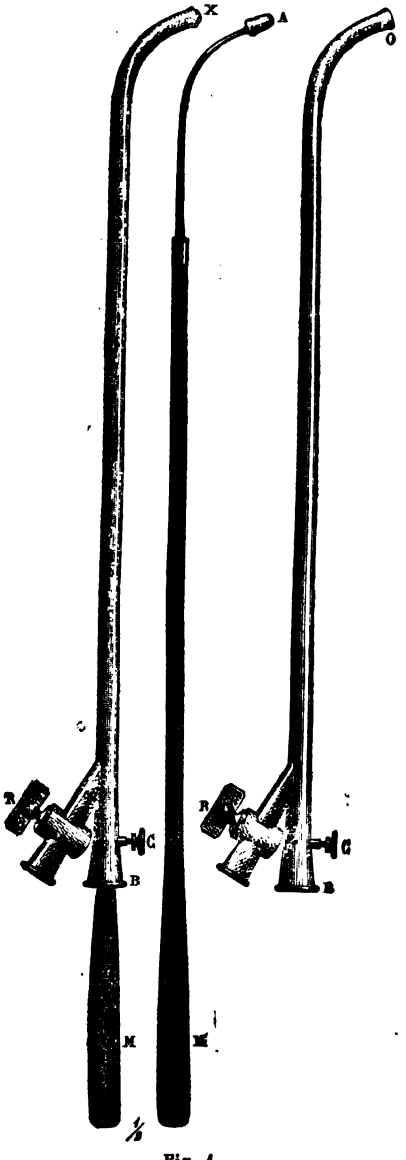


Fig. 1.

gent courbe à mandrin. Celle-ci étant placée, j'y introduisais une sonde en gomme attachée avec un fil de soie et je la retirais. Pour changer la sonde en gomme, je me servais d'un mandrin de baleine comme conducteur.

Afin de ne pas augmenter l'arsenal chirurgical, je fis percer à l'extrémité de la sonde courbe de mon père, une ouverture par laquelle on pouvait faire passer le conducteur en baleine, fig. 2. Dans le même but, j'ai fait pratiquer une ouverture au talon de la sonde à petite courbure, fig. 3. Ces sondes métalliques placées, j'introduisais le mandrin de baleine et je leur substituais une sonde en gomme à extrémité coupée.

Ultérieurement j'ai fait adapter un pas de vis dans l'ouverture, ce qui permet d'y visser une bougie conductrice, fig. 4; alors on fait passer par l'œil de la sonde l'extrémité très-flexible d'un mandrin de baleine que l'on replie, puis on l'introduit avec elle dans la vessie. Lorsqu'il y est parvenu, on retire la sonde métallique et on lui en substitue une en gomme.

J'ai fait adapter également au mandrin de baleine un pas de vis sur lequel on peut monter la bougie conductrice, fig. 5, qui une fois introduite, sert à le guider jusque dans la vessie. On parvient aussi dans certains cas à introduire directement jusque dans le réservoir urinaire un mandrin de baleine, dont on a plié l'extrémité, afin de faciliter son passage au col de la vessie.

Quand on ne possède pas les instruments que je viens de décrire, on peut y suppléer en fixant à l'extrémité d'une bougie très-fine et mieux encore d'une sonde du plus petit calibre un fil de fer galvanisé très-mince que l'on attache avec de la soie.

Quel que soit le conducteur choisi, quand il est parvenu jusque dans le réservoir urinaire, on fait glisser sur lui une sonde en gomme dont l'extrémité a été coupée et on le retire. Pour la changer on introduit le conducteur et on lui substitue une nouvelle sonde semblable. La difficulté vaincue par le premier cathétérisme ne doit plus se représenter.

Le choix de la sonde mérite la plus grande attention; que d'accidents on attribue à la méthode, qui dépendent le plus souvent de la mauvaise qualité de l'ins-

trument. La sonde que l'on place a demeure doit être de bonne qualité, à parois minces, très-souple et bien polie. On sait que lorsqu'une sonde a sejourné quelque temps dans le canal, elle durcit, s'écaille et peut s'incruster de sels calcaires. Il est donc absolument indispensable de la surveiller attentivement, et de la changer

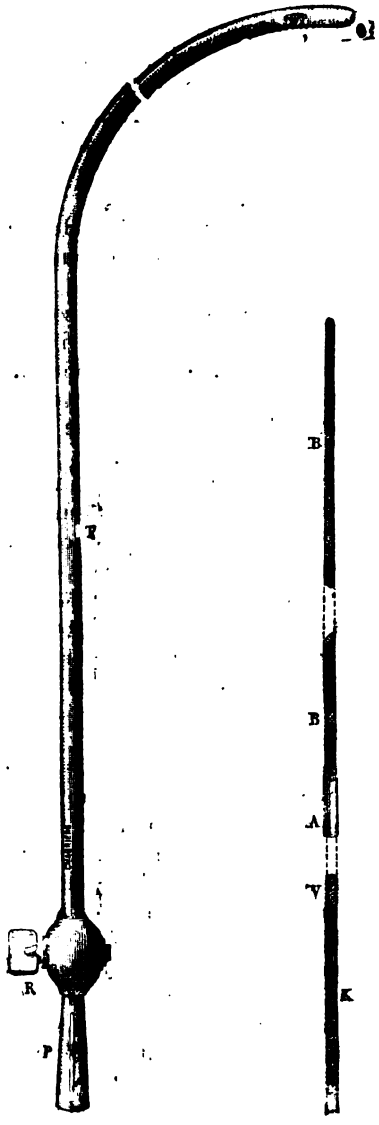


Fig. 2.

Fig. 5.

Fig. 4.

Fig. 3.

avant qu'il n'en soit ainsi ; autrement on s'expose à ulcérer le col, le canal, à déterminer de l'inflammation vésicale, à provoquer des accès de fièvre, etc. Il est de plus avantageux de prendre une sonde d'un petit diamètre, mais pouvant laisser passer l'urine facilement.

Ma règle de conduite en présence d'un

malade atteint subitement d'une rétention d'urine et lorsque le traitement médical a échoué, est de faire pratiquer le cathétérisme avec une très-grande *régularité* toutes les 4, 5 ou 6 heures et plus souvent si cela est absolument nécessaire.

Quand je ne peux procéder de cette manière, je place une sonde à demeure la nuit et je pratique le cathétérisme régulièrement pendant le jour. Enfin s'il est impossible d'agir ainsi, je place une sonde à demeure dans les conditions indiquées plus haut; et si le contact en est pénible pour la vessie, on injecte un peu d'eau mucilagineuse après avoir évacué l'urine.

Lorsqu'il s'échappe quelques gouttes d'urine à côté de la sonde on engage le malade à ne retirer le fosset qu'après avoir expulsé naturellement autant d'urine qu'il le peut, et quand il est parvenu à vider ainsi la plus grande partie du réservoir urinaire, on retire la sonde. On pratique alors le cathétérisme une ou deux fois dans vingt-quatre heures, puis on cherche par un traitement convenable à rendre la miction normale, si cela est possible (1). Dr AMUSSAT.

OBSTÉTRIQUE.

Considérations sommaires sur l'action du rétroceps dans les accouchements.

Mon expérience personnelle m'a déterminé, depuis 1867, à laisser complétement de côté mon vieux forceps pour ne plus me servir que du rétroceps du Dr Hamon, dans les cas de *dystocie*. En conséquence, je tiens à donner succinctement ici les principaux motifs qui m'ont fait adopter le nouvel instrument à l'exclusion de l'ancien, dont je m'étais toujours servi jusqu'alors. Ces motifs, je les tire des immenses et incontestables avantages que, selon moi, présente le rétroceps.

En effet :

Il rend les plus éminents services lorsque la tête de l'enfant est retenue au détroit supérieur, par suite d'angustie considérable du bassin; lorsque, par exemple, le diamètre sacro-pubien n'offre que 7 à 8 centimètres.

Quelle que fût la hauteur de la tête, la matrice étant contractée et les membranes rompues, j'ai toujours pu la saisir solidement et assez facilement. Mais pour arriver sûrement à ce résultat, pour n'avoir pas à lutter contre le dérappement, pour pouvoir en un mot exercer, au besoin, des tractions énergiques, je fais placer la femme transversalement en travers du lit. La tête de l'enfant se trouvant dans ce cas, placée entre les cuillers, enfermée en quelque sorte dans un cercle de fer, on peut alors exercer des tractions aussi énergiques que possible, surtout si on les effectue, autant que faire se peut, dans la direction de l'axe du détroit supérieur. Sous l'influence de ces tractions qui se font, en principe, en même temps que les contractions de la matrice se produisent, la tête se réduit, se déforme, et, ordinairement, le pariétal correspondant à l'angle sacro-vertébral se déprime d'une façon plus ou moins notable.

Malgré la pression considérable à laquelle ils sont soumis, les enfants viennent presque toujours vivants (8 fois sur 10 au moins) et leur tête se reforme promptement.

Je m'explique surtout ces heureux résultats par cette raison que les cuillers, n'étant qu'un moyen de préhension et non de compression, ne font pas corps avec la tête, qui ne se trouve comprimée qu'au moment des tractions.

D'un autre côté, la confiance que cet instrument inspire à ceux qui savent s'en servir, les porte à agir avant que l'enfant soit mort ou mourant. Cette circonstance n'est pas non plus étrangère aux heureux résultats que je signale.

---

(1) N. Le Dr Amussat a fait disposer des cathéters cannelés et des lithoclastes de manière à pouvoir les introduire facilement jusque dans la vessie sur un conducteur en baleine, et il a pu en apprécier les avantages dans une opération de Lithotripsie.

Quant aux femmes, elles se rétablissent ordinairement aussi vite et aussi facilement que dans les accouchements naturels (1).

A l'appui de ces assertions, je prends, au hasard, trois observations dont je donne un résumé succint.

1re OBSERVATION.

Présentation de la tête — position. OIG. — *Diamètre sacro-pubien de* 0,075 *mill., à peine. — Dilatation du col de* 0m. 025 *mill., à* 0m. 030 *mill. seulement. — Succès complet du rétroceps, après* 60 *heures de travail* (2).

La femme Launay, âgée de 20 ans, primipare, de la Ferté-Macé, appelle Mlle Prieur, sage-femme, le 10 septembre à 8 heures du soir. Elle avait éprouvé, depuis minuit, de petites douleurs, qui vers le soir revenaient de cinq en cinq minutes. Le col utérin a 0m. 025 de long ; les membranes qui le bombent au moment des contractions sont intactes. Tête élevée. Diamètre sacro-pubien de 0m. 075, à peine. Rupture des membranes dans la nuit du 10 au 11. Faibles douleurs dans la journée du 11. Le soir du même jour, la partie cervicale du col est effacée ; mais l'orifice a une épaisseur de deux centimètres, et offre une grande rigidité. Même situation de la tête, qui présente de l'empâtement. Dans la nuit du 11 au 12 les contractions s'éloignent et s'affaiblissent.

Le 12 à midi, deux centimètres et demi de dilatation du col; tête paraissant plus basse, par suite de tuméfaction considérable du sommet. Le 12 au soir, les souffrances générales de la femme ont augmenté — son pouls est fébrile — la dilatation a peu gagné — *elle n'arrive pas à* 0m. 03 *centimètres.* Mais le col est un peu dilatable.

Cependant Mlle Prieur désespérant de voir l'accouchement se terminer naturellement me fait appeler. L'application du retroceps fut immédiatement décidée. *L'introduction des cuillers, malgré la faible dilatation du col, et l'articulation des branches au deuxième trou du disque, furent relativement très-faciles et très-promptes.* Mais pour extraire la tête, il fallut les tractions énergiques de la sage-femme, d'un aide et les miennes. Quelques minutes après la délivrance, écoulement de sang abondant. Un gramme de seigle ergoté détermine des contractions énergiques de la matrice.

Bientôt, abattement, pouls petit, hoquet, douleurs abdominales vives — surtout dans la région hypogastrique — météorisme.

Le lendemain matin, même état, pouls à 80. Huit grammes d'huile de ricin enlèvent tous ces symptômes.

La sécrétion laiteuse s'établit, et le rétablissement de la mère est aussi prompt que possible.

Au moment de sa naissance, l'enfant est pâle, dans une demi-résolution, les muqueuses sont décolorées ; mais quelques minutes après, il crie et suce le doigt.

Le lendemain, agitation convulsive des membres, pâleur considérable de tout le corps, voix éteinte. Le surlendemain état assez satisfaisant pour pouvoir envoyer l'enfant en nourrice à 14 kilomètres.

Etat de la tête au moment de la naissance :

Le pariétal gauche est dénudé dans une étendue d'un centimètre dans la partie correspondant à l'angle sacro-vertébral.

L'aplatissement de la tête est considérable, et est en grande partie le résultat du chevauchement du pariétal gauche sur le droit. Le lendemain de l'accouchement, la tête étant revenue à sa forme et à sa régularité normale, la mensuration faite par la sage-femme donne les dimensions suivantes :

D. bi-pariétal 0 m. 09 cent.
D. occipito-mentonnier, 0 m. 14.

(1) Pour plus amples renseignements, je renverrai mes lecteurs à un assez long mémoire sur le rétroceps, mémoire dont j'ai donné communication au congrès médical de l'Orne (6 août 1872) et que M. Hamon a bien voulu reproduire dans son *Traité du Rétroceps* (p. 170-184.)

(2) Je tiens les détails de cette observation de Mlle Prieur, sage-femme à la Ferté-Macé.

2e OBSERVATION.

Tête retenue au-dessus du détroit supérieur après la sortie du tronc.— Extraction assez facile de la tête avec le rétroceps, malgré un rétrécissement considérable du diamètre sacro-pubien, 0m 70 environ.

Le 7 juin, je fus appelé en toute hâte à Antoigny par Mlle Poussier, sage-femme à Cauterne, auprès d'une fille Cholet, en travail depuis 24 heures.

Il s'agissait d'un cas de présentation pelvienne. A mon arrivée, je trouvai cette fille dans la plus triste des positions. Je dirai qu'elle était en travail de son troisième enfant, et que les deux premiers étaient venus morts, malgré l'intervention de l'art. Depuis plus de deux heures, tout le corps de son enfant était sorti à l'extérieur, sauf le cou et la tête, qui étaient retenus au-dessus du détroit supérieur, lequel n'offrait que 0m. 07 à son diamètre antéro-postérieur. Pendant près de deux heures, la sage-femme avait fait des efforts inouïs pour terminer l'accouchement. La crainte de déterminer une détroncation complète l'avait forcée à attendre mon arrivée. Et, en réalité, le corps de l'enfant ne tenait plus à la tête que par la peau et les muscles du cou ; les ligaments intervertébraux étaient déchirés complétement.

J'espérais que l'extension de la tête pouvait être un des principaux obstacles à la terminaison de l'accouchement. C'était une erreur. En effet, gêné par le cou de l'enfant et par la saillie considérable de l'angle sacro-vertébral, je parvins très-difficilement à introduire deux doigts dans la bouche de l'enfant et à fléchir la tête.

Alors, malgré de fortes tractions exercées avec la main droite sur le maxillaire inférieur, et avec la gauche sur le corps de l'enfant, je n'obtins aucun résultat.

Me rappelant alors les avantages que j'avais retirés de mon rétroceps dans un cas presque analogue (cité à la page 273 du *Traité pratique du Rétroceps* du Dr Hamon), je me décidai à m'en servir.

A ma grande surprise, les cuillers de mon instrument se placèrent assez facilement, de manière que la droite saisissait le pariétal gauche, et la gauche le pariétal droit. La tête de l'enfant se trouva donc ainsi enfermée intégralement entre les cuillers du rétroceps de façon que, au moment des fortes tractions faites par la sage-femme et par moi, la pression s'exerçait principalement sur la région occipitale.

Après quelques minutes d'efforts, nous parvînmes enfin à extraire cette tête, et à terminer l'accouchement.

Cette femme se rétablit aussi facilement et aussi promptement que dans les accouchement naturels.

Depuis ce moment, combien me suis-je rappelé, avec tristesse, de cas de mort d'enfants, dans les présentations pelviennes ou du tronc, par suite d'un séjour trop prolongé de la tête soit au détroit supérieur, soit dans l'excavation, soit au détroit inférieur du bassin.

Mieux renseigné sur les avantages qu'on peut retirer du rétroceps dans ces cas particuliers, qui sont la terreur de beaucoup d'accoucheurs, je crois pouvoir les envisager désormais avec plus de sang-froid, et ne plus les redouter autant.

Le rétroceps rend également de signalés services dans les cas de présentation de la face, ainsi qu'on en jugera d'après l'observation suivante :

3e OBSERVATION.

Présentation de la face, position MIDP — *succès complet du rétroceps après 42 heures de travail.*

Le premier août 1874, je fus appelé par Mlle Prieur, sage-femme, auprès de la femme Delenge, primipare, âgée de 25 ans, demeurant à 2 kilom. de la Ferté-Macé.

Appelée elle-même le 31 juillet, à 10 heures du soir, la sage-femme apprit que les douleurs qui s'étaient renouvelées irrégulièrement toutes les demi-heures, remontaient à 24 heures environ.

A l'examen elle constata ce qui suit :

Col utérin, dur, épais d'un centimètre, et permettant à peine l'introduction du doigt. Les membranes, appliquées sur

la tête, contenant peu de liquide, paraissent d'abord intactes; mais, par le toucher attentif, on s'aperçoit que le liquide s'écoule peu à peu. D'après la malade, cet écoulement aurait lieu depuis la veille.

Continuant son examen, Mlle Prieur constate: du côté de la fosse iliaque gauche, la fontanelle antérieure; au centre du bassin, le front; vers la partie moyenne et un peu au-dessus de la branche ischio-pubienne droite, l'orbite; le nez regarde directement l'extrémité droite du diamètre transversal. Il y a donc une présentation de la face en position MID. Dans le courant de la nuit du 31 juillet au premier août, les douleurs sont irrégulières et faibles; vers midi, les contractions de la matrice deviennent plus fortes et plus fréquentes.

A trois heures de l'après-midi, la tête touche le plancher du bassin sans le distendre; la dilatation a 7 centimètres.

Le menton s'est porté en arrière, et s'appuie sur la symphyse sacro-iliaque droite. A ce moment les contractions, qui d'ailleurs n'ont jamais été énergiques, diminuent pour cesser complétement, malgré l'usage d'un gramme de seigle ergoté. A 7 heures Mlle Prieur me fait donc appeler et je constate tous les signes d'une présentation de la face en position MIDP.

Désespérant de voir la position mento-postérieure se réduire en antérieure; désespérant aussi de voir la position de la face se convertir spontanément en position du sommet, nous nous décidâmes à employer immédiatement le rétroceps. L'application des cuillers fut des plus faciles: la droite s'appliqua sur la région mastoïdienne gauche; la droite sur la bosse pariétale gauche.

Par le moyen de tractions modérées à deux (de la sage-femme et de moi), on obtint facilement la sortie de la tête en dégagement *occipito-pubien*. Enfant parfaitement vivant et qui vit encore.

Quant à la femme, elle se rétablit très-promptement.

Il serait, selon moi, superflu de commenter ces obstacles. Il suffira de les lire avec attention et sans parti pris, pour reconnaître les avantages immenses que présente ce nouvel engin obstétrical.

Dr. L. Lory,
à la Ferté-Macé (Orne).

En même temps que M. le Dr Lory nous adressait le travail que l'on vient de lire, trois honorables confrères, MM. les Drs Loncle, de Tourouvre (Orne), Bruyère, de Saint-Ouen (Seine) et Pradel, de Prades, nous faisaient parvenir chacun une communication sur le même objet. Les observations de ces médecins ne faisant que confirmer, en tous points, les appréciations du Dr Lory, nous croyons convenable de ne pas insister davantage sur un sujet qui nous est trop personnel. Nos honorables confrères, nous en sommes convaincu, sauront apprécier les motifs de notre réserve. Nous les remercions des intéressants documents qu'ils ont bien voulu nous transmettre. Nous ne manquerons pas de les utiliser en temps et lieu. (*Note du Réd.*)

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Tumeur érectile traitée par des injections de perchlorure de fer, par le Dr Neiss, de Payerne. (*Bulletin de la Soc. méd. de la Suisse romande* 1874, n° 11). — Il s'agit d'une petite fille de douze ans, qui fut apportée à l'infirmerie de Payerne, le 22 janvier dernier. Elle portait dans la cavité buccale une tumeur sanguine érectile, du volume d'un petit œuf de poule environ, commençant vers la commissure droite des lèvres et s'étendant en arrière, sur une longueur de 4 à 5 centimètres et une largeur de 4 centimètres, dans l'espace situé entre la joue

la mâchoire inférieure, fixée sur toute sa surface à la paroi externe de la cavité buccale. Les parents avaient remarqué les premiers rudiments de cette tumeur quelques mois après la naissance, mais n'avaient rien fait pour l'en débarrasser, bien qu'elle grossît de plus en plus. Cette tumeur dans son développement, avait comprimé la mâchoire supérieure ; elle avait l'aspect bleu-violet habituel à ce genre de tumeur, se gonflant et se durcissant quand le sang y affluait. Quand l'enfant s'était mordue ou piquée, la tumeur avait fourni des hémorrhagies plus ou moins considérables. L'auteur rejetant l'idée d'une opération sanglante, vu l'hémorrhagie considérable et la mutilation de la joue qui en eussent résulté, injecta quelques gouttes de perchlorure de fer avec la seringue Pravaz. La tumeur durcit immédiatement et une coagulation partielle du sang se fit. Au bout de quelques jours, il se forma une eschare dans la région injectée. Les injections furent répétées dans les différentes parties de la tumeur, mais toujours à quelques jours d'intervalle. Sur la fin de février une grande eschare tomba et la tumeur diminua beaucoup de grosseur. Il fallut répéter en arrière et sur des parties périphériques plus ou moins isolées quelques injections qui furent plus douloureuses que les précédentes.

Après trois mois de séjour, l'enfant quitta l'infirmerie, n'ayant plus de la tumeur érectile primitive qu'un petit paquet de tissu cicatriciel situé dans le centre et faisant encore un peu saillie, que l'auteur détruisit en partie par l'application d'un morceau de pâte de Canquoin (chlorure de zinc.) Il revit plus tard sa petite malade, qui avait encore sur la muqueuse quelques tâches bleues, qu'il se proposait d'injecter ultérieurement. La mâchoire supérieure avait repris en partie sa forme normale, sans cependant que les dents se correspondissent exactement.

L'auteur termine sa communication par l'observation suivante : « Il n'est pas toujours facile de faire une injection qui réussisse, le sang pénètre quelquefois dans la canule et s'y coagule, le perchlorure ne peut alors pénétrer dans la tumeur. Pour obvier à cet inconvénient, il faut avoir soin de remplir la canule de liqueur de fer, de manière à voir la gouttelette à l'extrémité de l'aiguille, de comprimer un instant avec le doigt la région sur laquelle on veut piquer, pour en chasser le sang, de cette manière la canule ne se bouche pas et l'injection réussit. »

Des injections parenchymateuses d'iodure de potassium dans les cas d'adénite syphilitique.—Dans ce travail, l'auteur, M. le docteur Frantz, après avoir essayé les injections d'iodure de potassium pour combattre l'hypertrophie chronique des amygdales, expose comment il s'est décidé à employer le même moyen pour hâter la résolution, des adénites d'origine syphilitique, l'iodure de potassium, qui jouit de propriétés très-actives comme fondant et n'est pas irritant, croit-il, et par conséquent permet la guérison sans réaction inflammatoire. Jusqu'à ce jour il ne possède que deux observations qu'il fait connaître, mais il continue ses recherches.

Dans le premier cas, il s'agit d'un ganglion inguinal gauche syphilitique de la grosseur d'un œuf d'oie. L'iodure de potassium à l'intérieur, les pommades sur la peau, la compression, n'amenèrent aucun résultat. Cependant la résolution était réclamée avec insistance. Dans ces conditions, Jakubowits fit dans le ganglion l'injection suivante : il introduisit obliquement la canule de la seringue de Pravaz, de manière que l'ouverture cutanée et celle de l'enveloppe du ganglion ne se correspondissent pas ; il perfora la coque ganglionnaire et injecta alors la moitié du contenu de sa seringue. A ce moment, il y eut dans le ganglion une tension qui s'opposa à la pénétration du liquide, l'aiguille fut poussée de manière à perforer une cloison transversale, et il put alors injecter un quart de la seringue ; une nouvelle cloison ayant été perforée, il put faire pénétrer le reste du contenu. Au moment où il retira l'aiguille, il ne sortit ni liquide ni sang. La piqûre fut indolente, l'injection fut très-douloureuse et suivie

dans la même journée d'un peu de rougeur à la peau; celle-ci avait disparu le lendemain. Dès le lendemain également la tumeur avait diminué. L'auteur fit trois nouvelles injections à deux jours d'intervalle. Au bout de huit jours la tumeur était du volume d'une noisette, et en quinze jours elle avait totalement disparu. En tout, le malade avait reçu 9 centigrammes d'iodure de potassium et 3 centigrammes d'iode.

Dans le second cas, il s'agissait d'une adénite traitée inutilement depuis cinq semaines. Une injection fut faite tous les jours. Le septième jour, la tumeur était réduite au quart et tellement dure, qu'il semblait impossible de faire une nouvelle injection ; on fit alors deux nouvelles injections dans le tissu cellulaire voisin, et la glande se réduisit jusqu'à la grosseur d'un haricot. Dans ce second cas, le malade reçut en tout 22 centigrammes d'iodure de potassium en injections.

La solution employée par l'auteur est composée comme il suit : Eau, 30 grammes ; iodure de potassium, 90 centigrammes ; teinture d'iode; 5 gouttes.

(*Presse et Gaz. heb.*)

Traitement du vaginisme par l'iodoforme. — Fissure à l'anus, iodoforme.—M. Tarnier attirait l'attention de ses élèves sur un mode de pansement qui lui avait réussi d'une façon presque inespérée dans un cas remarquable de vaginisme. Il s'agissait d'une jeune femme de trente-deux ans, mariée depuis dix-sept ans et affectée d'une hypéresthésie extrême de la vulve. Cette jeune femme se plaignait de douleurs vives dans la marche; et les rapprochements sexuels étaient un véritable supplice qu'elle évitait le plus possible. Elle ne présentait aucune lésion de la vulve ni du col de l'utérus. Le seul contact d'un stylet sur une des petites lèvres faisait pousser des cris. Elle n'était jamais accouchée, mais avait fait à dix-sept ans une fausse couche de six mois.

M. Tarnier eut l'idée de saupoudrer l'orifice vulvaire et les petites lèvres de poudre d'iodoforme, et quelques heures après l'orifice vulvaire était insensible. Pendant deux jours les douleurs disparurent pour revenir, mais moins intenses. M. Tarnier appliqua le même pansement en écartant l'orifice vulvaire et plaçant un tampon de ouate entre les lèvres couvertes de la poudre.

Dès le second pansement la sensibilité était tellement diminuée que l'on pouvait toucher la vulve sans causer de douleur. Le coït avait été pratiqué 48 heures après l'application du pansement; il avait été infiniment moins douloureux qu'auparavant. M. Tarnier conseilla de le pratiquer le soir même après le pansement. En agissant ainsi progressivement, en profitant chaque fois du bénéfice acquis par le pansement, il est probable qu'on arrivera à faire disparaître complétement les phénomènes douloureux et l'infirmité qu'ils entraînent.

C'est un point de pratique très-intéressant, car tous nos confrères savent que ces phénomènes douloureux vulvaires ne sont pas très-rares, créent aux femmes souvent une vie insupportable; outre que les douleurs spontanées sont assez vives pour entraver les mouvements, la marche et faire croire à des maladies graves du petit bassin.

L'iodoforme a du reste été conseillé dans une foule de cas comme topique. On l'applique de préférence sur des plaies dont la cicatrisation marche mal, mais on l'a conseillé aussi pour les plaies douloureuses, comme doué de certaines propriétés anesthésiques. M. Tarnier en a fait tout récemment une application très-heureuse sur une fissure à l'anus. Il s'agissait d'une dame qui souffrait depuis deux mois d'une fissure à l'anus absolument intolérante. Après chaque selle se produisait la douleur classique qui durait plusieurs heures. On avait employé les narcotiques et les astringents usités en pareil cas, et on s'apprêtait à pratiquer la dilatation malgré que la patiente fût dans un état marqué de faiblesse et d'excitation nerveuse. M. Tarnier conseilla de pratiquer sur l'anus un pansement identique à celui qui avait été fait sur la vulve de la

ne atteinte de vaginisme; dès le jour ne la guérison fut obtenue, et depuis mois elle s'est parfaitement main-e.

pplication du tampon de oua-lans le vagin pour diverses ctions utérines. —On pratique coup depuis quelques années des pan-nts dans le vagin, sur le col de l'uté-à l'aide de tampons, de sachets médi-nteux, de substances diverses dont on dit plus ou moins le vagin. Sans nier uence de quelques topiques portés le col de l'utérus, ou sur la paroi va-e, M. Tarnier pense que la plupart de ampons agissent par leur consistance ur volume, par la pression qu'ils ent et le soutien qu'ils fournissent à rus appesanti par la congestion. Après usé des applications médicamenteu-d. Tarnier ne fait plus guère que des cations de tampon sec. Dans tous les à l'utérus est volumineux, l'écoule-abondant, le col ulcéré, après avoir es cautérisations ou attouchements les topiques divers, s'il est nécessaire, rnier place dans le vagin un gros on de ouate. Il fait fixer avec un fil milieu un tampon allongé et résis-l'introduit suivant l'axe du vagin le retourne au-dessous du col et le en travers. Cette application sera uvelée deux ou trois fois par semaine, les cas.

n effet, M. Tarnier suit cette pratique une foule de cas différents. Il l'a re-ue bonne empiriquement. Il a vu que des cas une compression dans le du vagin, sur l'utérus, exerçait une uence favorable. On voit des femmes cessent de souffrir après l'application pessaire. Quelques semaines ou quel-mois plus tard on supprime le pes-e et les douleurs ne reviennent pas. dant l'accouchement même, chez cer-es femmes qui souffrent beaucoup, plication du doigt dans le vagin et la sion sur le col soulagent singulière-t. Dans un cas même, chez une femme einte, la pression d'un tampon a suffi pour arrêter des vomissements incoercibles. Enfin, d'une manière générale, les tampons médicamenteux couverts de glycérine, de glycérolé de tannin, de glycérolé de belladone soulagent d'autant mieux que le tampon est gros. Depuis que M. Tarnier emploie la ouate sèche, seule et sans topiques, il a obtenu les mêmes résultats qu'avec ces derniers. Il en conclut que qu'elle que soit l'explication du mode d'action du tampon compressif, il agit très-favorablement surtout contre l'élément douleur, et s'applique plus particulièrement lors de lésions chroniques ou subaiguës de l'utérus, accompagnées d'augmentation partielle ou totale du volume de l'organe et causant des douleurs plus ou moins vives.

(*Journ. de méd. et de chir. pratique.*)

Double luxation de l'épaule. — Un cas exceptionnel a été observé par moi, il y a quelques semaines, dans Birkenhend-Borough hospital.

Je fus appelé dans la salle de chirurgie pour voir le malade, et je constatai une luxation sous-axillaire double.

Il est à croire que cet homme, qui est charpentier, en travaillant sous un échafaudage a perdu pied. Renversé à terre, il a dû tomber sur les deux coudes. Telle a été assurément la cause productrice de cette lésion.

J'ai aisément réduit les deux luxations au moyen du talon dans les aisselles. Depuis le malade a quitté l'hôpital très-bien rétabli.

CH. DAVIDOON.

(Traduit du *the Lancet*, n° du 17 juill. 1875).

Deux cas de guérison de fistules vésico-vaginales par les caustiques. — Quelques chirurgiens belges et italiens assurent que souvent la cautérisation suffit pour obtenir la guérison des fistules vésico-vaginales. Le Dr de Lorge a présenté à la société médicale de Gand, un cas dans lequel un tel traitement a été suivi de succès. Trois cautérisations pratiquées le 20 novembre, le 4 et le 18 septem-

bre ont suffi pour obturer une fistule qui mesurait un centimètre de diamètre. La première opération a été faite dans le mois de la délivrance. Le Dr de Lorge a employé la potasse caustique, qu'il a appliquée largement autour des bords de la fistule. Après l'opération, les parois vaginales ont été maintenues écartées à l'aide d'une éponge. La malade a peu souffert. Au bout de deux jours, l'écoulement de l'urine était diminué, et la guérison a été progressivement obtenue.

(Traduit du *New-York medical Journal*).

— Les guérisons, par la cautérisation, des fistules vésico-vaginales ne sont pas très-rares. Ce moyen réussit presque toujours, lorsque la solution de continuité n'est pas très-étendue.

Dans un cas de cette nature, nous avons nous-même obtenu un résultat très-satisfaisant, mais après une triple tentative. Le mode employé a été le suivant :

L'orifice fistuleux a été fortement cautérisé, au moyen d'un crayon de nitrate d'argent; puis une sonde a été laissée à demeure, pendant 5 ou six jours, dans la vessie. La fistule pouvait être couverte par la pulpe du doigt. Nous croyons que les caustiques peuvent réussir dans tous les cas analogues. Il est donc utile de vulgariser une méthode d'une exécution aussi facile, et qui peut rendre un service inappréciable aux malheureuses femmes affligées d'une aussi pénible infirmité.

Traitement de la toux férine par les inhalations d'acide phénique. — On prépare une solution contenant de 1 kilog. à 2 °/₀ d'acide phénique, que l'on fait évaporer par l'ébullition. On fait arriver ces vapeurs, qui sont dirigées vers la bouche du malade, le vase qui contient le liquide étant tenu à environ 20 cent. de distance. Cette opération se répète trois fois par jour, et pendant deux ou trois minutes, en ayant soin que le malade fasse de profondes inspirations, afin que la vapeur pénètre en aussi grande abondance que possible dans les voies aériennes.

L'auteur a employé ce traitement i inconvénient, même chez les enfan deux ans. Deux ou trois jours de ce t ment suffisent pour faire disparaît violents accès de toux, et procurer, en ou dix jours, la guérison du catarrhe ple. Il donne lieu à des résultats non satisfaisants dans les affections d rhales des cordes vocales, et d bronchite chronique.

(*Annali universali di medicinale ch gica Milano.*)

Spina bifida guéri par moyen d'injections iodées. Une jeune enfant âgée de sept sem portait, au niveau de la région cer dorsale, une tumeur molle, fluctu de forme sphéroïdale, et de la grosseur pêche. Cette tumeur était sessile, tique et demi-transparente.

Le 13 juin, une ponction avec un cart capillaire permit d'évacuer une du liquide. Une injection iodo-gly fut pratiquée, et la petite plaie reco avec une couche de collodion. La t s'étant bientôt reproduite, l'opérati répétée le 3 juillet. Vers la mi-août meur, réduite au volume d'une était indurée, de couleur légè pourprée, d'une surface irrégulière dée comme le scrotum d'un enfant e au froid.

(*Annali universali di medicina e ch gica Milano.*)

Incontinence nocturne rine heureusement guérie l'hydrate de chloral, par M. G mo Leonardi (*Il Raccoglitore medic* février 1873). — Basé sur des cas vés par lui, l'auteur recommande de veau cet agent à la dose de 0,70 à gramme contre l'incontinence noc des enfants un peu âgés de l'un et l'a sexe. Bien qu'il laisse boire le possible les petits malades le soir, résultats sont remarquables, quoique exempts de récidives. Il lone en ou traitement de cette affection par la qui et le fer.

Du traitement de la fistule à anus par une ligature élastique, par M. Romanin Ventura (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1872, n° 27). — Ce travail repose sur des observations prises dans le service de chirurgie du docteur A. Menzel, de Trieste. L'auteur propose de remplacer l'instrument tranchant par ce moyen : 1° pour éviter les hémorrhagies; 2° pour empêcher le développement d'une tuberculose consécutive; 3° à cause de la crainte que le bistouri fait éprouver à tant de malades. La ligature élastique a été employée 6 fois à Trieste, pour des fistules à l'anus. La durée moyenne du traitement a été de 46 jours. Tous les cas ont guéris et cela sans tuberculose miliaire consécutive. La douleur a persisté parfois jusqu'après la chute de la ligature, laquelle a lieu en moyenne en 6 ou 8 jours.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 octobre 1875.
Présidence de M. Gosselin.

Vertige, migraine, etc. — M. Piorry continue la lecture de son mémoire sur le vertige, suivi de considérations sur la migraine et d'autres névropathies (épilepsie, hystérie, rage, etc.).

Le but de ce travail est la recherche des causes anatomiques et physiologiques, ainsi que du siége réel de cette erreur d'optique et de cette sorte d'hallucination que l'on désigne communément sous le nom de vertige.

L'un des plus grands obstacles qui se sont opposés au progrès réel des sciences médicales, dit M. Piorry, c'est la confusion qui a de tout temps été faite, d'une part entre le mal lui-même, l'état pathologique ou la monorganie principale, et de l'autre, la multitude des circonstances qui peuvent précéder, ou même souvent déterminer cette monorganie. On s'est presque toujours borné à dire qu'elle consistait en une espèce de congestion cérébrale.

Les faits conduisent à une explication toute différente.

Ce phénomène consiste en une vibration morbide des nerfs qui joue un si grand rôle dans la pathologie nerveuse et que j'ai appelée *névropallie*.

Parfois, dans l'état de santé et lorsque rien n'annonçait l'invasion du mal, il semble que les objets qui nous entourent se déplacent, s'élèvent ou s'abaissent, se portent à droite ou à gauche, tournent autour de soi. Quand le mal est intense et de quelque durée, il arrive, comme dans la migraine ou *irisalgie*, que des nausées surviennent et que des vomissements se déclarent.

Pendant le vertige l'intelligence n'est pas compromise, la personne qui l'éprouve a toute sa lucidité d'esprit.

Pendant que se manifeste le déplacement apparent de l'image des objets situés près de soi, le globe oculaire se livre souvent et peut-être toujours à un mouvement de vibration, d'oscillation dans divers sens, qui persiste et se reproduit alors que la sensation de ce déplacement reparaît avec quelque intensité.

Pour bien comprendre ce qu'est le vertige en lui-même, il convient avant tout de le rapprocher de l'irisalgie.

Dans les deux cas, une excitation de l'iris en est la cause productrice; dans l'un comme dans l'autre, les premiers accidents consistent en une sensation qui ressemble à une sorte d'hallucination.

Du parallèle que M. Piorry établit ici entre le vertige et la migraine, il en conclut à une analogie complète, et, d'après les considérations précédentes, le vertige et la migraine seraient de la même famille; ils ont leur siége ordinairement dans un seul œil; il consiste l'un et l'autre dans une vibration qui a lieu, pour la mi-

graine, dans l'iris et les nerfs sensitifs ciliaires ou iriens, et qui produit un phosphène et une trépidation qui apparaît sous la forme de l'arc irisalgique, et se propage, comme il a été dit, aux ramifications de la cinquième paire; tandis que dans le vertige, c'est sur les muscles de l'œil que la vibration a lieu, et elle s'étend aux filets moteurs qui se rendent à ces muscles, et de là aux parties des mêmes paires nerveuses qui, présidant au mouvement, faisant contracter les mêmes muscles, entraînent le globe oculaire dans la direction qu'ils lui impriment en santé.

Il s'agit donc dans le vertige d'une contraction involontaire des muscles de l'œil; et comme la vibration morbide se porte alors sur des filets moteurs et se propage (comme cela arrive pour des filets sensitifs dans l'irisalgie) aux fibres motrices de la cinquième paire, et de leurs divisions et par des anastomoses au sous-occipital, aux cordons moteurs de la moelle vertébrale, c'est alors que se déclarent des troubles dans les mouvements que les membres inférieurs sont chargés d'exécuter dans la marche et dans la station.

Quant à la thérapeutique, on doit surtout éviter de fixer longtemps de suite, et avec trop d'attention, les objets qui stimulent vivement les yeux.

Tout aussitôt que le vertige commence, il faut fermer les yeux et cesser tout déplacement de la tête et du corps, etc.

Un moyen qui réussit très-bien à prévenir la migraine, c'est de provoquer au début du mal l'action physiologique de l'estomac en prenant quelques cuillerées à bouche d'un vin de bonne qualité.

M. Leroy de Méricourt pense que c'est aller trop loin que de vouloir rattacher toujours le vertige à des troubles visuels. Il existe, suivant lui, certaines variétés de vertige dont l'origine ne peut être rapportée à ces troubles de la vue. Le mal de mer, par exemple, peut exister en dehors de ces troubles, et ce qui le prouve, c'est que les aveugles peuvent être atteints du mal de mer.

Séance, du 19 octobre 1875.

Présidence de M. Gosselin.

Paracentèse du péricarde. — *Rapport.* M. Henri Roger, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Legouest et Marotte, commence la lecture d'un rapport sur une observation de paracentèse du péricarde, communiquée à l'Académie par M. le docteur Chairon, médecin en chef de l'asile du Vésinet.

Après avoir dit qu'ayant lui-même pratiqué la ponction du péricarde sur trois enfants placés dans les mêmes conditions que le malade de M. Chairon, il profitera de l'occasion pour exposer quelques considérations pratiques sur les *grands épanchements péricardiques* et sur le *traitement chirurgical.* Le rapporteur rappelle les détails principaux du fait présenté à l'Académie.

Il s'agit d'un jeune artilleur de 23 ans, de constitution médiocre, qui avait pu néanmoins faire la campagne de la Loire sans accidents sérieux, et qui était entré le 31 juillet 1872 à l'asile du Vésinet. Il était malade depuis environ sept semaines, avait de la diarrhée, de la toux et paraissait atteint de tubercules plutôt que d'une affection cardiaque. Le diagnostic établi après quelques jours d'examen fut : *tubercules pulmonaires, pleurésie gauche et péricardite.*

Les symptômes s'aggravant malgré le traitement médical, et des syncopes ainsi que des phénomènes d'asphyxie menaçant l'existence, M. Chairon pensa qu'il y avait urgence à intervenir chirurgicalement ; il pratiqua d'abord, le 3 septembre, la thoracentèse avec l'aspirateur Dieulafoy, évacua 1,420 grammes de sérosité ; et comme il y avait à peine de soulagement, il se décida, deux jours plus tard, à la ponction du péricarde, avec les mêmes instruments, et put en retirer 1,000 grammes de sérosité rougeâtre. L'amélioration fut immédiate et considérable ; mais elle ne dura pas, le liquide commençant à se

reproduire dans les deux cavités séreuses quatre jours après l'opération; la vie se prolongea pourtant sept semaines au-delà. L'autopsie confirma la justesse du diagnostic, puisqu'on trouva les deux poumons farcis de tubercules à tous les degrés, un épanchement pleural d'environ un litre, et enfin une dilatation énorme du péricarde qui était rempli par plus de 1,000 grammes de liquide (purulent cette fois), et doublé partout de fausses membranes avec un épaississement du feuillet pariétal d'un centimètre au moins. L'autopsie montra, en outre, que l'opération avait été bien faite, mais aussi qu'elle ne pouvait être que palliative à l'égard de lésions multiples et incurables.

M. Roger conclut d'une manière générale, de l'observation de M. Chairon, qu'il n'en est pas de la ponction du péricarde comme de celle de la plèvre, et qu'il y a deux conditions nécessaires à l'opération, à savoir : la grandeur de l'épanchement péricardique et l'urgence des accidents.

Il se propose ensuite d'examiner en détail : 1° quelles sont les indications et les contre-indications de la paracentèse du péricarde ; 2° quel est le meilleur mode opératoire ; 3° quels ont été les résultats de l'opération et quelle en est la valeur thérapeutique.

M. le rapporteur se demande d'abord ce qu'on doit entendre par un *grand épanchement*, et il évalue à 500 grammes environ la quantité du liquide au-dessous de laquelle la collection liquide n'est guère justiciable du traitement chirurgical. Il montre que, dans la majorité des cas, le diagnostic des vastes épanchements et même des moyens n'est pas difficile, surtout à l'aide de la percussion. Mais il faut que cette diagnose soit tout à fait certaine pour que l'on soit en droit de pratiquer une ponction, et cette certitude indispensable n'est donnée chez quelques malades ni par les symptômes généraux ni même par les signes physiques. Bien des erreurs peuvent être commises si, au lieu d'être simple, la péricardite avec épanchement est compliquée d'endocardite, de pleurésie, de tubercules. Des exemples de ces méprises sont cités (sans compter celles auxquelles donnent lieu les tumeurs du médiastin) : ainsi une *dilatation de cœur* a pu simuler un hydropéricarde assez complétement pour faire penser à la paracentèse. Parfois aussi l'on a diagnostiqué une péricardite alors qu'il n'y avait qu'une *pleurésie* et réciproquement, parfois enfin on a fait, sans le savoir, la *paracentèse du péricarde*, au lieu de la thoracentèse qu'on avait en vue, et *vice versa*. M. Henri Roger continuera la lecture de son rapport dans la prochaine séance.

CHRONIQUE ET MISCELLANÉES.

Faculté de Médecine de Paris. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 21 octobre 1875, la chaire de clinique interne a été déclarée vacante à la Faculté de Médecine de Paris.

***

La démission de M. Wurtz, comme doyen de la Faculté de médecine de Paris, est un fait accompli. M. Wurtz occupait ce poste depuis dix ans.

— M. Bouillaud se retire aussi du professorat, bien que, en dépit des années, il pourrait rendre à l'étude clinique les mêmes services qu'il y a 25 ans.

***

— Il est institué, au ministère de l'Instruction publique, une commission chargée d'étudier les moyens d'améliorer et de compléter l'enseignement clinique de la Faculté de médecine de Paris.

Sont nommés membres de ladite commission :

MM. Desjardins, sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'instruction publique, président;
Jourdain, secrétaire général du ministère de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts;
Tambour, secrétaire général de la préfecture de la Seine;
De Nervaux, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris;
Du Mesnil, directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'instruction publique;
Chauffard, inspecteur général des Facultés et des Ecoles de médecine;
Wurtz, ex-doyen de la Faculté de médecine de Paris;
Alphonse Guérin, membre du Conseil de l'Assistance publique;
Moissenet, membre du Conseil de l'Assistance publique.

* * *

— M. Bouisson, professeur d'opérations et d'appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1875-76, par M. Grynfelt, agrégé.

* * *

— Le jury de l'internat est définitivement constitué comme il suit : MM. d'Heilly, Lancereaux, Ferrant, Vidal, Richet, Maisonneuve, Lucas-Championnière.

* * *

— Par décret du Président de la République, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, a été nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur : M. Marion, médecin de 2e classe de la marine ; 22 ans de services, dont 15 à la mer et aux colonies.

* * *

L'enseignement supérieur et les haras en France. — Savez-vous ce que l'État consacre à l'enseignement supérieur ? 8,350,000 francs. Il entretient avec cela l'Ecole normale, les Facultés bibliothèque de l'Université, l'Ecole hautes études, l'Institut de France, l'A démie de médecine, le Collége de Fr le Muséum d'histoire naturelle, les éta sements astronomiques, l'Ecole des gues orientales vivantes, l'école des tes et l'Ecole d'Athènes.

Or, les produits universitaires fig au budget des recettes pour une s égale, sinon supérieure, à la moi celle que nous venons d'indiquer. C qui s'appelle s'en tirer à bon marché

Quatre millions consacrés aux h études ! Les haras nous coûtent plus Nous leur consacrons plus de 7 mill demi. L'État juge plus utile sans d'élever des chevaux que des homm

* * *

Secours publics. — Nous parlé dans notre dernier numéro, du relatif aux services de nuit, dans la Paris, projet dont l'initiative est due norable docteur Passant. Cette mesu nitaire si utile va être mise à exéc partir du 1er janvier prochain. Voici sujet, quelques renseignements que prenons dans l'*Union médicale*, pourront intéresser nos lecteurs.

Les cas dans lesquels l'absence secours a été funeste aux malades heureusement fort rares. Mais il suffi fait douloureux, exagéré d'ailleurs la part du temps, pour faire naître d criminations contre le corps médical pourtant, pris dans son ensemble, fa sez bon marché de son repos, de sa et, plus encore, de ses intérêts.

Les forces des médecins ne sont sans limites, et leur profession fati et périlleuse leur fait du repos, à c nes heures, une nécessité impéri d'autre part, les inquiétudes exagérée malades et de leurs familles amènent vent des déplacements inutiles; enfin, d'une fois, sous prétexte de visite pre on a conduit des médecins dans des g apens, sans parler des clients ingra malhonnêtes qui refusent la rémunéra légitime due au service rendu.

Pour faire disparaître, au profit du public, ces inconvénients, M. le préfet de police propose les dispositions suivantes, qui nécessiteront l'inscription au budget de la ville d'une somme de 10,000 francs.

Dans chaque quartier, les médecins seront invités à déclarer s'ils entendent se rendre aux réquisitions qui leur seront adressées pendant la nuit.

Les noms et les domiciles de ceux qui auront fait cette déclaration seront inscrits sur un tableau affiché dans le poste de police du quartier.

La personne qui aura à requérir un médecin se rendra au poste de police de son quartier et choisira sur le tableau le médecin dont elle désire réclamer les soins.

Un gardien de la paix détaché du poste accompagnera le requérant au domicile du médecin, suivra celui-ci chez le malade, et, la visite faite, le reconduira chez lui.

En le quittant, il lui remettra un bon d'honoraires de dix fr., qui sera payé à présentation à la caisse de la préfecture de police.

Suivant la situation de fortune du malade, qui sera en temps convenable l'objet d'une enquête sommaire, l'administration lui réclamera le remboursement des honoraires alloués, ou les prendra définitivement à sa charge.

Disons, en terminant, que de ces diverses propositions il ressort en somme, pour la ville, une économie de 51,158 fr.

***

Institut catholique. — Le dernier numéro de la *Semaine religieuse*, de Lille, contient des détails précis sur la création de la future Université de cette ville. Jusqu'à nouvel ordre et jusqu'au jour où, comprenant trois Facultés complètes, il pourra porter légalement le nom d'Université, l'établissement de la rue Royale sera désigné sous la dénomination d'*Institut catholique*. Il s'ouvrira vers la mi-novembre et sera formé, durant l'année scolaire 1875-1876, du cours de première année de médecine et d'une Faculté de droit, comprenant les cours de trois années, à laquelle seront annexés des cours de philosophie ou de littérature, qui seront plus tard transformés en une Faculté de lettres.

Remise de la croix de la Légion d'honneur à la sœur Pénin. — Samedi, 28 août 1875, M. le préfet de la Haute-Garonne s'est rendu à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, dans le salon de l'administration hospitalière, et là, en présence de la commission administrative et des sœurs de charité, il a remis la croix de la Légion d'honneur à la sœur Pénin, supérieure de l'hospice de la Grave.

Cette cérémonie faite avec la plus grande simplicité, pour répondre aux désirs tant répétés de la sœur Pénin, a été très-touchante. M. le préfet a adressé à la sœur une allocution dans des termes qui respectaient aussi scrupuleusement que possible la modestie de la bonne sœur mise à une si forte épreuve.

Après avoir reçu la croix des mains de M. le préfet, la sœur a remercié le gouvernement et M. le préfet dans des termes aussi simples qu'heureusement choisis.

(*La Semaine cathol. de Toulouse.*)

***

— La presse médicale de Paris vient de s'augmenter de deux nouveaux journaux. L'un qui a pour titre : *Journal d'hygiène*, a pour rédacteur en chef M. le Dr de Pietra Santa, l'autre, le *Paris-médical*, a pour rédacteur en chef M. le Dr Fort, professeur libre d'anatomie. Nous souhaitons la bienvenue à nos deux confrères.

***

— En comparant la statistique des universités allemandes, pour le semestre d'été de l'année 1874 et pour celui de l'année 1875, on constate, dit la *Gazette générale*, une diminution dans le nombre des étudiants en médecine. De 6,190, le nombre est tombé à 6,039. Une des causes de cette diminution, c'est, au dire du journal en question, qu'actuellement les étudiants juifs se consacrent en grand nombre à la jurisprudence, tandis qu'autrefois, la carrière du droit leur étant à peu près fermée, un grand nombre d'entre eux se vouaient à la profession médicale.

Empoisonnement par un chapeau. — Un cas particulier d'empoisonnement s'est produit dernièrement à Setun. Un cordonnier avait acheté un chapeau de feutre : après l'avoir porté quelques jours et, bien qu'il n'eût pas l'habitude de le serrer fortement contre sa tête, il fut pris d'une céphalalgie très-intense qui se compliqua d'éruption et de tuméfaction notable sur la partie frontale, bientôt même apparut de la suppuration sur quelques points. Les yeux s'injectèrent et furent tout à fait fermés par une enflure extraordinaire qui envahit la plus grande partie de la face. On remit le chapeau à un chimiste expert qui fut chargé de l'examiner et d'en faire une analyse minutieuse. Le chimiste découvrit que la doublure en cuir brun dont était garni le chapeau, était colorée avec une teinture d'aniline contenant de fortes proportions toxiques et n'hésita pas à attribuer à cette cause, les accidents qui s'étaient produits chez le cordonnier.

***

— Une accoucheuse vient d'être condamnée à 15 mois de prison, 240 francs d'amende et aux frais, pour avoir, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, occasionné involontairement la mort de deux de ses clientes. — Délit prévu et puni par l'art. 319 du Code pénal.

Il ressort de l'instruction que cette accoucheuse a appliqué le forceps 24 fois sur 30 accouchements, alors qu'en France on l'applique 1 fois sur 160 accouchements environ; qu'elle a pratiqué l'opération césarienne, *post mortem*, sans assistance d'un médecin, de concert avec un paysan armé d'un rasoir.

Un contre-examen que l'on a fait subir à l'inculpée pour apprécier sa valeur en chirurgie obstétricale, a permis de constater qu'elle ne connaissait pas seulement les règles les plus élémentaires de l'application du forceps.

Elle n'exerçait donc ces manœuvres aussi fréquemment que dans un but de lucre, ou pour se faire valoir, ou bien encore pour se débarrasser plus vite. (*Union médicale.*)

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — *Du* 8 *au* 15 *octobre* on a constaté 889 décès, savoir: variole, 1 rougeole, 9; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 52; érysipèle, 1 ; bronchite aiguë, 21 pneumonie, 30 ; dysentérie, 2; diarrhée cholériforme des enfants, 17; choléra infantile, 0 ; choléra, 1 ; angine couenneuse, 7; croup, 15 ; affections puerpérales, 4 ; autres affections aiguës, 263; affections chroniques, 404 (dont 146 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 31; causes accidentelles, 25.

Du 15 *au* 22 *octobre*, 843 décès ainsi répartis : variole, 2 ; rougeole, 3; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 41; érysipèle, 3; bronchite aiguë, 14; pneumonie, 38; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 16; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 11; croup, 16; affections puerpérales, 5; affections aiguës, 222; affections chroniques, 414 (dont 177 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 35; causes accidentelles, 21.

—

Nécrologie. — Au moment de mettre sous presse, nous recevons la nouvelle aussi triste qu'imprévue de la mort de M. le docteur Lorain, professeur de l'histoire de la médecine à la Faculté. M. Lorain a succombé presque subitement à une attaque que l'on croit d'apoplexie méningée. Cet honorable professeur n'était âgé que de 48 ans.

***

Nous avons également le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ségalas, décédé dans sa propriété de la Tour (Saône-et-Loire).

M. le docteur Ségalas, connu surtout pour ses travaux sur la lithotritie et les maladies des voies urinaires, et par d'intéressantes études de physiologie expérimentale, avait professé la pathologie médicale comme agrégé de la faculté de Paris. Il était depuis longtemps membre de l'Académie de médecine.

VARIÉTÉS.

La terre ou le feu. Un mot sur l'incinération des morts.— Conférence faite à Strasbourg et à Bischwiller; par A. Engelmann (1).

En rendant compte au public médical de cette petite brochure d'hygiène publique, mon intention est d'en combattre énergiquement les conclusions. Quel qu'en soit l'auteur, Français ou Allemand, médecin ou profane, il est difficile de ne pas reconnaître un homme qui se laisse dominer par le sentiment et qui cherche à atténuer le poids d'arguments scientifiques irréfutables pour plaider une cause désormais perdue.

Depuis l'immense accroissement de nos grandes villes, le problème de la sépulture des morts a entièrement changé de face. Maxime du Camp, dans son curieux ouvrage, nous a révélé le mécanisme de cet immense service dans Paris. L'hygiène ignorée de nos ancêtres a des droits à faire valoir, et quoique ces droits soient sans cesse méconnus (nouvel Hôtel-Dieu de Paris sous Napoléon III, etc., etc.), sur le point qui nous occupe, l'évidence est telle que tout le monde s'en est ému.

La conférence de M. Engelmann se divise naturellement en trois parties. Dans la première, l'auteur fait un assez mauvais historique de la question ; mieux vaut ne pas le lire et recourir au récent article MORT du *Dictionnaire encyclopédique,* dû à la plume de MM. les professeurs Bertin et Tourdes. Dans la seconde il fait ressortir les avantages de la crémation. Dans la troisième, ceux de l'inhumation pure et simple qu'il adopte, et cela parce que, dit-il, « J'aime le cimetière, et vous le savez, le sentiment ne se raisonne pas... il a quelque chose d'attrayant.... c'est le parc populaire par excellence.... c'est la promenade du pauvre.... de ce pauvre qui pleure. » Tout cela est fort bien dit, mais qu'il me soit permis de répondre que pour lui qui, sans doute, a son tombeau de famille à perpétuité, son jardin, son mausolée, ses fleurs, le cimetière a peut-être quelque chose d'attrayant..... et encore !

Dans ces précieuses concessions si chères et si enviées on entasse cadavre sur cadavre, propriétaire sur propriétaire, et souvent l'un vient déranger l'autre avant que la terre ait achevé son œuvre de destruction; surtout avec l'usage absurde que nous avons d'enfermer nos morts dans d'épais cercueils de bois de chêne, il faut des années pour qu'un cadavre disparaisse. J'ai vu ouvrir la fosse d'un fils pour y enterrer la mère : quinze ans s'étaient écoulés depuis la première inhumation, et pourtant ni la bière ni les parties molles de l'abdomen n'avaient encore été consumées. Voilà l'apanage du riche : violation pure et simple du tombeau.

Mais quel est maintenant le sort du pauvre à qui ses ressources ne permettent pas l'achat de terrains à perpétuité. Au bout des cinq ou sept années réglementaires, sa place est reprise, ses ossements portés à l'ossuaire ou dispersés à l'entour, ses restes, s'ils ne sont pas suffisamment altérés, enfouis dans une immense tranchée. Si la famille ne les réclame pas dans un temps voulu, les humbles ornements qui recouvraient sa tombe sont traités d'épaves. Ainsi que l'a fort bien dit M. le professeur Bouchardat, il n'y a pas de spectacle plus affligeant ni plus insultant pour le culte et pour le respect que l'on doit aux morts !

Pour ce qui est des inhumations précipitées, des gens vivants enterrés pour morts, les faits et les expériences sont là

(1) La question des cimetières étant toujours à l'ordre du jour, nous croyons bon de fournir à nos lecteurs quelques renseignements susceptibles de les intéresser. C'est à ce titre que nous publions aujourd'hui le présent document, sur la portée duquel nous n'avons pas à nous prononcer.

malheureusement pour prouver la parfaite légitimité de ces craintes. M. Tourdes a réuni un nombre d'observations authentiques d'individus revenus à la vie dans les profondeurs du tombeau, et ses expériences sur les animaux ont prouvé que l'existence pouvait se prolonger fort longtemps dans ces horribles conditions.

Je ne puis rien ajouter de bien considérable à tout ce qui a été dit au sujet des dangers réels que peut causer le voisinage d'un cimetière. Cependant je crois devoir signaler le fait suivant arrivé tout dernièrement en Belgique. Il s'agissait de l'établissement d'une voie publique, pour laquelle on dut entamer l'emplacement d'un cimetière. Plusieurs fosses furent mises à l'air, et à dater de ce moment une épidémie de variole éclata dans la localité. Or, il fut constaté que ces fosses contenaient les restes des victimes d'une semblable épidémie qui avait exercé ses ravages quinze ans auparavant. Mais sur ce point il faudrait plusieurs volumes pour ne rien omettre.

De tels arguments ont engagé les hygiénistes contemporains à revenir à l'usage de la crémation des morts, abandonné en Europe depuis le règne de l'empereur Antonin le Pieux. Après avoir énuméré plusieurs des avantages de cette méthode, l'auteur lui reproche, avec le chimiste Weith (de Zurich), de produire des gaz méphitiques. A cela nous répondrons qu'à une température aussi élevée que l'est celle des fourneaux crémateurs, température dont les pyromètres peuvent à peine donner une idée, aucun miasme délétère n'est capable de résister. M. Engelmann qui a prévu cette objection, préconise contre les inhumations précipitées les chambres mortuaires comme en Bavière. Mais cette conservation des cadavres à l'air libre est des plus dangereuses. Elle est de plus impraticable dans les climats tempérés et les pays chauds. Seule la question médico-légale est capable de nous faire hésiter, ou tout au moins nous pose un redoutable problème. Il est en effet souvent nécessaire de faire des exhumations, soit pour analyser des viscères, pour constater la présence de coups ou de blessures. La crémation met un obstacle absolu à ces explorations si nécessaires à la justice. Je sais bien que les cadavres pourront être mieux inspectés (comme chez le peuple israélite, par exemple), que l'autopsie médico-légale pourra devenir obligatoire. Mais que de difficultés pour arriver à ces divers résultats !

Quant à la question de dépense, il me paraît évident qu'on la pourra résoudre un jour ou l'autre. C'est en somme une affaire d'inventeur et de concours. (Voir dans l'auteur la description des appareils de MM. Polli) de Milan), Gorini (de Lodi), Steinmann (de Dresde), Melsens (de Bruxelles), F. Siémens et Reclam (de Leipzig).

En résumé, je pense que la crémation doit être désormais autorisée après autopsie médico-légale sérieuse. C'est par leur propre exemple que les propagateurs de la nouvelle méthode arriveront à la faire adopter par tout le monde. Qu'on leur accorde donc pleine et entière liberté d'action.

La crémation pourra, dans ces conditions, s'exécuter fort simplement, voire même dans le voisinage des habitations. Quant aux cimetières, ils devront être pour toujours éloignés de l'enceinte des grandes villes. On transportera les cadavres à de grandes distances dans des terrains déboisés, et comme le conseille le professeur Bouchardat, sur chaque tombe on devra planter un arbre; au bout d'un siècle on aura donné naissance à d'admirables forêts, aucune tombe n'aura jamais été ouverte à nouveau pour une seconde inhumation, et de la sorte l'hygiène et la religion seront respectées. Enfin, et en cela nous partageons entièrement l'opinion de l'auteur, en temps de guerre, de siége ou d'épidémie, les cadavres devront être conservés, suivant les circonstances, moins longtemps qu'on ne le fait d'ordinaire, et la crémation deviendra absolument obligatoire pour tout le monde.

(*Lyon Médical.*)

Le Rédacteur en chef-gérant,
Dr HAMON - DE FRESNAY.

N° 22. — 15 NOVEMBRE 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

De quelques accidents consécutifs à la thoracentèse, en particulier de l'épanchement séro-albumineux intra-bronchique et intra-pleural.

La thoracentèse, qui a rendu et qui rend encore tous les jours de si grands services, offre aussi ses dangers, qu'il est bon de faire connaître, et sur lesquels il est même bon d'insister à une époque où cette opération est si fréquemment pratiquée.

On lui a reproché d'exposer à la *syncope*, de *faire durer la pleurésie*. Trousseau l'a suffisamment vengée de ces accusations, qui ne reposent point sur les faits. Le reproche qu'on lui a fait encore d'exposer à la *perforation du poumon* n'est pas plus sérieux. Quand la thoracentèse est vraiment indiquée, c'est-à-dire, quand le liquide est abondant, le poumon est fort éloigné, et il est à peu près impossible de l'atteindre. La perforation n'est guère possible que si l'opération, par suite d'une erreur de diagnostic, est faite dans un cas où elle n'était pas indiquée. Encore faut-il ajouter que, presque toujours alors, la lésion qui a causé l'erreur, induration, épaississement, sclérose pulmonaire, pneumonie, adhérences épaisses, etc., s'oppose à ce que la perforation soit suivie d'accidents sérieux, tels qu'une hémorrhagie grave, ou un pneumothorax étendu.

On lui a reproché d'amener la *purulence de l'épanchement*, et l'on a cité des cas dans lesquels le liquide, évacué une deuxième et une troisième fois, s'est montré de plus en plus purulent. Ces faits sont vrais, mais il est vrai aussi que dans ces cas, ainsi qu'on l'a déjà remarqué, le liquide contenait du pus dès la première ponction. Ce pus est quelquefois trop peu abondant pour donner à la masse entière du liquide, une coloration caractéristique; mais, si après avoir laissé reposer plusieurs heures, ainsi qu'on doit toujours le faire, le liquide extrait par la thoracentèse, on décante avec précaution, on trouve dans ces cas, au fond du vase, une quantité notable de pus.

C'est même de cette façon que l'on peut prévoir avec une grande probabilité si l'épanchement se reproduira facilement ou non. Ne contient-il point de pus ? L'on peut espérer qu'une fois évacué il ne se reproduira guère. Contient-il du pus, même en faible quantité ? Tant pis, car l'on peut prévoir, pour un avenir prochain, une reproduction de l'épanchement qui sera désormais de plus en plus purulent. Ce qui provoque cette purulence, ce n'est pas la thoracentèse, mais bien l'état général du malade, la longue durée de la pleurésie et d'autres causes encore. Bien plus, je puis affirmer, d'après un fait que j'ai observé avec soin, que l'évacuation d'un liquide purulent n'est pas toujours suivie d'une reproduction abondante du liquide,

et que dans ce cas, une simple ponction peut, très-rarement il est vrai, procurer la guérison. Voici ce fait, qui ne manque pas d'intérêt, à cause même de sa rareté.

Un confrère de La Guerche me pria un jour de voir une pauvre femme de ses clientes, accouchée depuis huit à dix jours. L'état de la malade était des plus graves : ventre ballonné et douloureux, pouls petit, très-fréquent, misérable, oppression extrême, qui contraignait la malade d'être presque assise dans son lit. Dans la poitrine, les signes d'un épanchement pleural gauche abondant. Nous pensâmes, malgré l'extrême gravité d'une pareille situation et l'état puerpéral, qu'il fallait aller au plus pressé, et qu'il était bon, pour éloigner au moins le danger d'une suffocation imminente, d'évacuer le liquide de la plèvre, ce que je fis immédiatement. Le liquide qui s'écoula était de la sérosité franchement mêlée de pus, et d'un aspect tout à fait laiteux. Ce résultat ne nous surprit guère, eu égard à l'état puerpéral, qui constitue une prédisposition permanente à la purulence, et à la misère profonde de cette malheureuse femme, accablée depuis longtemps par les travaux et les privations de tout genre, mais il nous ôta, pour ainsi dire, tout espoir de la voir guérir. Cependant le liquide ne se reproduisit point, ou se reproduisit très-peu. Le rétablissement de la respiration, une fois le liquide évacué, amena une diminution dans tous les symptômes graves; cette pauvre femme guérit, et je fus aussi heureux que surpris lorsque, quelques semaines après, je reçus sa visite à Rennes. Mon confrère de La Guerche, pensant bien que je la croyais morte, me l'avait envoyée pour me tirer d'erreur.

Ce fait est évidemment une très-rare exception. La règle à peu près constante, quand il y a un épaississement purulent, est que la thoracentèse est insuffisante, et que l'opération de l'empyème, largement pratiquée, est indispensable. Mais il serait injuste, d'un autre côté, d'attribuer à la ponction simple le fâcheux pouvoir de provoquer la suppuration de la plèvre.

Un troisième reproche, ou plutôt un troisième accident que l'on peut observer, c'est l'*hémorrhagie*. Non pas l'hémorrhagie par la plaie faite à la paroi thoracique (celle-ci est toujours absolument insignifiante), mais l'hémorrhagie qui se fait par la plèvre elle-même, à la fin de l'opération, surtout quand l'on se sert d'appareils aspirateurs, ou quand des quintes violentes de toux expulsent subitement la presque totalité du liquide. Cette hémorrhagie est presque toujours légère aussi, et si peu abondante, que l'opérateur s'en aperçoit à peine, le liquide en effet est très-faiblement coloré. Elle indique que le poumon, retenu par des fausses membranes, ne peut céder que difficilement à la pression atmosphérique qui s'exerce à son intérieur, pour remplir la place laissée libre par l'évacuation de l'épanchement. Elle constitue une prédisposition évidente au retour de l'épanchement. Elle tient aussi à la déchirure des vaisseaux nouveaux, ténus et fragiles, que contiennent les fausses membranes. L'opérateur doit faire son possible pour l'éviter, et pour cela, s'il se sert d'un appareil aspirateur, il doit cesser l'opération dès que le liquide commence à se colorer en rouge. Cette hémorrhagie indique, quand on l'observe, que l'on peut craindre un accident incomparablement plus sérieux, celui dont je vais parler maintenant.

Ce quatrième accident, le plus grave de ceux dont la thoracentèse peut être suivie, c'est l'ÉPANCHEMENT SÉREUX ou ALBUMINEUX, qui peut se faire *dans l'intérieur des bronches* et des vésicules pulmonaires, où il produit le phénomène connu sous le nom d'*expectoration albumineuse*; ou bien encore *dans l'intérieur de la cavité pleurale*, où il donne lieu, soit à une reproduction modérée de l'épanchement pleurétique préexistant, soit à un épanchement énorme, d'une rapidité terrible, qui compromet en quelques heures la vie des malades. Il peut se faire que l'on observe à la fois l'épanchement intra-bronchique et intra-pleurétique, l'expectoration albumineuse et le retour du liquide évacué, mais quelle que soit l'apparence que revêt cet accident, il peut être rapidement grave, et conduire le malade à une mort presque subite.

Rien ne serait plus nécessaire que de

savoir au juste *en quoi consiste* ce terrible accident, quelles sont les *circonstances dans lesquelles il se produit, quels moyens* l'art peut employer *pour le prévenir*, ou pour en pallier les suites déplorables. Sur ces différentes questions, la lumière est encore loin d'être faite, mais avant d'y arriver, il me semble convenable de placer ici le récit d'un cas terminé d'une manière fâcheuse, et dont l'étude me semble très-propre à éclairer ce difficile sujet.

Mme X..., 49 ans, d'une constitution grêle, très-maigre, extrêmement nerveuse, impressionnable à l'excès, avait vu sa santé s'altérer progressivement vers la fin de l'année dernière, sans cause connue. Vers le mois de janvier 1875, une émotion violente et fort pénible, occasionnée par un chagrin de famille, exagéra cette mauvaise disposition, et porta à la malade un coup funeste, dont elle ne devait pas se relever. Vers le mois de juin (j'omets à dessein les détails qui n'intéressent pas directement la question), elle fut prise presque subitement d'un point de côté très-intense, avec dyspnée, suffocation imminente, respiration suspirieuse. Le médecin appelé reconnut un épanchement pleurétique abondant du côté droit, et appliqua un large vésicatoire qui donna lieu à des douleurs très-vives. La malade n'en voulut point accepter d'autre, supporta impatiemment les remèdes dont son médecin ordinaire avait jugé l'administration opportune et la santé alla toujours en déclinant. L'appétit se perdit de plus en plus. Six semaines après le début de la pleurésie survint une hémorrhagie nasale qui mit la malade à bout ; cette hémorrhagie fut très-abondante, et l'on ne réussit que difficilement à l'arrêter. Les jambes commencèrent à enfler et l'on constata, dans les urines, la présence d'une notable quantité d'albumine.

La malade était dans ce pénible état lorsque je la vis pour la première fois, le 19 août 1875. Elle était très-pâle, extrêmement amaigrie, essoufflée, incapable de faire quelques pas, sans être menacée d'une suffocation. L'auscultation me fit reconnaître un souffle léger au deuxième temps, à la base, indice d'une insuffisance aortique, et du côté de la poitrine, un épanchement occupant le 1/3 inférieur du côté droit. L'albuminurie persistait encore. Je la considérai comme liée surtout à l'affection cardiaque et à l'état général si grave de la malade. La quantité d'albumine contenue dans l'urine, révélée par l'acide nitrique, et la chaleur, était du reste modérée.

La malade ayant la plus vive répugnance pour tous les médicaments et ne prenant qu'une quantité d'aliments presque nulle, je lui proposai le régime lacté exclusif, moyen si puissant dans toutes les hydropisies. J'espérais ainsi diminuer, peut-être même faire disparaître l'épanchement séreux, et faire prendre à la malade, sous forme de lait, plus d'aliments qu'elle n'en acceptait d'ordinaire.

Mes espérances furent vaines. Au bout de douze jours de diète blanche, l'état grave était resté le même, l'œdème n'avait pas diminué. Je proposai l'eau-de-vie allemande, et la malade en prit 20 gr. tous les deux jours, à partir du 14 septembre.

L'eau-de-vie allemande est peut-être, de tous les purgatifs énergiques, celui qui fatigue le moins et dont l'emploi peut être le plus facilement réitéré. Mme X..., qui ne voulait pas de remède, et n'en acceptait presque aucun, toléra parfaitement ces purgations répétées. Sous leur influence, il survint un peu de mieux : l'œdème diminua quelque peu, en même temps que les forces parurent se ranimer.

La malade, que l'on avait transportée à la campagne, revint à Rennes le 26, pour y passer deux jours seulement. Elle paraissait contente de son état, et me montra avec une satisfaction évidente, qu'elle pouvait marcher un peu mieux qu'autre fois, faire le tour de sa chambre par exemple, sans avoir besoin de prendre un bras pour appui.

Toutefois, l'oppression restait la même. En l'examinant avec soin, je constatai que, si l'enflure périphérique avait diminué notablement, le liquide de la plèvre était resté absolument au même niveau. C'est alors que prenant en considération la

longue durée de cet épanchement, qui datait déjà de quatre mois, et qui menaçait de durer indéfiniment, l'oppression de la malade, que cet épanchement augmentait certainement d'une manière notable, je me décidai à ponctionner la poitrine.

Je fis la thoracentèse, comme je la fais presque toujours, avec un trocart ordinaire de trousse, de 4 millimètres de diamètre, muni d'une baudruche. Le liquide s'écoula facilement, mais l'opération fut rendue très-pénible pour la malade par une toux déchirante, presque continuelle, accompagnée de cruelles douleurs de poitrine, dont l'état nerveux de la malade augmentait certainement encore l'intensité. Il sortit 2 litres de liquide. Les dernières portions étaient très-légèrement colorées en rose; cette coloration était si faible, que j'hésitai à la reconnaître, et surtout à en attribuer la cause à la présence de globules rouges.

Après la ponction, la malade reposant sur son lit, la douleur diminua quelque peu, mais sans cesser complétement. Une heure après la ponction, Mme X... fut prise de nouvelles quintes de toux, accompagnées cette fois d'une *expectoration* très-abondante *d'un liquide albumineux*, blanc, clair, séreux, gommant le linge; la quantité n'en fut pas exactement mesurée; elle peut être évaluée de 1200 à 1500 grammes, environ.

La nuit suivante, on vint me réveiller vers trois heures. Depuis minuit, la douleur de côté était revenue avec une violence extrême. L'anxiété était grande. Je calmai cette agitation en pratiquant une injection hypodermique de 0,01 de chlorhydrate de morphine, et le reste de la nuit se passa d'une façon plus calme. Trousseau a fait remarquer depuis longtemps, combien la ouleur pleurétique peut contribuer à augmenter la congestion et l'épanchement, et de quel intérêt il est de la faire cesser.

Dans la matinée, ce calme relatif persistait, mais en auscultant la malade, je constatai, avec une véritable terreur, que la poitrine contenait de nouveau une très-grande quantité de liquide. La matité à la base du côté droit remontait *plus haut qu'avant la ponction*. L'oppression continua toute la journée; le soir, vers huit heures, je revis encore la malade, et je fus véritablement consterné en trouvant de la matité en arrière, dans presque toute l'étendue du côté droit de la poitrine, en avant, jusqu'à trois travers de doigt de la clavicule. Je parlai d'une nouvelle ponction, mais les suites de la première avaient été tellement tristes, qu'une seconde opération ne pouvait guère être acceptée. L'épouvantable rapidité avec laquelle le liquide avait reparu, et l'abondance réellement excessive du nouvel épanchement laissaient d'ailleurs, en toute hypothèse, fort peu d'espérance.

La malade succombait à 3 heures du matin. L'autopsie ne put être pratiquée.

Environ quinze heures après son extraction, le liquide ne s'était pas coagulé; loin de s'être séparé, comme le fait habituellement la sérosité pleurétique, en caillot et sérum, il était resté parfaitement homogène, et rappelait l'aspect du liquide de l'ascite. Au fond du vase seulement, et tapissant toute l'étendue de la paroi, s'étend un réseau fibrineux continu, d'une ténuité telle, qu'on ne peut le comparer qu'à une mince toile d'araignée. Ce réseau avait entraîné tous les globules sanguins, qui formaient ainsi, au fond du vase, une couche rouge uniforme. La partie inférieure du liquide décanté ne contenait pas la moindre trace de dépôt purulent.

Ainsi donc, dans ce cas terrible et heureusement rare, un double épanchement séro-albumineux intra-bronchique et intra-pleural, survenu brusquement après la thoracentèse, a tué la malade en trente-six heures.

Revenons maintenant aux questions indiquées ci-dessus, et voyons rapidement:

1° quel est le *mécanisme*, et quelle est la *cause immédiate* de ces épanchements.

2° Quelles sont les *circonstances éloignées qui y prédisposent* et peuvent les faire craindre d'avance, si non prévoir d'une manière certaine.

3° Quel en est le *pronostic*.

4° *Ce que l'on peut faire pour éviter* de semblables accidents, ou pour en empêcher les terribles effets.

1° *La cause prochaine* de l'épanchement séreux a soulevé, il y a deux ans, de longues discussions dans la presse et dans plusieurs sociétés savantes. On a essayé de l'expliquer au moyen de quatre hypothèses. Une *perforation traumatique* accidentelle du poumon par le trocart; une *perforation spontanée* consécutive à la ponction; une sorte de *filtration du liquide* à travers les fausses des membranes et la plèvre, enfin, une *congestion œdémateuse* suraiguë du poumon.

La lumière est à peu près faite désormais sur cette question. Il est certain que, dans un bon nombre de cas, où l'expectoration albumineuse a eu lieu, il n'existait pas de perforation faite par l'instrument. Jamais, du reste, dans aucun des cas publiés, on n'a constaté les signes ordinaires de la perforation, c'est-à-dire les signes stéthoscopiques et plessimétriques de l'hydropneumo thorax. Cette hypothèse ne peut donc rendre compte des faits.

Admettre une perforation spontanée consécutive, qui introduirait dans les bronches le liquide de la plèvre, ou bien une sorte de filtration de ce liquide, c'est faire, dans l'un ou l'autre cas, une supposition complétement gratuite, qui ne repose sur aucun fait observé, ce que contredit au contraire tout ce que l'on voit chaque jour. Jamais en effet personne n'a vu de perforation de la plèvre par un épanchement séreux. De plus, le liquide albumineux rendu par les bronches n'a pas toujours la composition du liquide de la plèvre; on l'a même observé avec ses caractères ordinaires, lorsque la cavité pleurale était remplie de pus.

Tout le monde est maintenant à peu près d'accord pour reconnaître que ces épanchements sont liés à une espèce d'œdème aigu du poumon, à une congestion pulmonaire d'une forme particulière. Dans leurs expériences physiologiques, Cl. Bernard et Lauger ont produit artificiellement, chez les animaux, des lésions analogues en agissant sur le pneumogastrique. On comprend à merveille qu'au moment où un épanchement ancien de la plèvre vient à être évacué, et où les cellules pulmonaires sont mises de nouveau en rapport avec l'air, leur excitant naturel, en même temps que le système vasculaire du poumon se remplit, l'impression produite par ces modifications sur les extrémités du pneumogastrique sont capables, dans certaines circonstances, de produire une véritable congestion, et de procurer la transsudation à travers les bronches et à travers la plèvre d'une grande quantité de sérosité. Cette congestion spéciale agit aussi bien sur la plèvre que la muqueuse bronchique, et le cas cité plus haut avec quelques détails, explique aussi bien l'expectoration albumineuse que la reproduction rapide de l'hydropisie de poitrine, tandis que cette dernière ne saurait en aucune façon s'expliquer dans l'une ou l'autre des trois autres hypothèses.

C'est donc à une congestion pleuro-pulmonaire avec œdème, qu'il faut demander l'explication de l'expectoration albumineuse après la thoracentèse, et le fait cité plus haut donne, en faveur de cette interprétation, un argument puissant et nouveau.

Rappelons, d'ailleurs, qu'en dehors des cas de thoracentèse, et en l'absence même de toute pleurésie, l'expectoration albumineuse abondante a été observée un grand nombre de fois, surtout chez des asthmatiques, alternant avec des accès d'asthme ordinaire, et se reproduisant, comme ceux-ci, à des intervalles variables. Souvent, dans ces derniers cas, la congestion œdémateuse a été portée au point de provoquer une véritable pneumorrhagie, et le liquide séro-albumineux, au lieu d'offrir sa coloration blanche naturelle, a présenté une teinte rosée ou rouge, due à la présence de globules toujours abondants.

2° Cet œdème aigu, cette congestion cérébrale ne se produit pas toutes les fois que l'on pratique la ponction de la plèvre, fort heureusement. Est-il possible d'indiquer les *circonstances qui y prédisposent?* et qui peuvent faire craindre cet accident. Une telle détermination serait certainement très-avantageuse en pratique, et

permettrait au médecin de se tenir sur ses gardes.

La science n'a encore rien de parfaitement établi, et dans les lignes qui suivent, je ne prétends pas faire autre chose que de consigner, en attendant des preuves plus certaines, ce que l'observation indique jusqu'ici.

Puisque l'épanchement séro-albumineux reconnaît pour cause une congestion liée au mode d'innervation du parenchyme pulmonaire, on conçoit, *a priori*, que les personnes chez lesquelles l'innervation des organes respiratoires est habituellement irrégulière, comme les asthmatiques, et ceux que leur état maladif prédispose aux congestions séreuses ou à l'apoplexie pulmonaire, comme les gens atteints d'une maladie du cœur, soient, plus que d'autres, exposés à cet accident. Ce n'est là, à la vérité, qu'une vue de l'esprit, mais chose plus sérieuse, l'observation dépose dans le même sens.

La grande majorité des personnes chez lesquelles on a observé l'épanchement séreux bronchique caractérisé par l'expectoration albumineuse, soit après la thoracentèse, soit sans pleurésie, étaient, ou bien des *asthmatiques*, ou bien des *malades atteints de lésions cardiaques*.

Un grand nombre d'observations ont déjà été publiées, relatant la coïncidence, ou plutôt la succession d'accès d'*asthme* francs et *sans pleurésie*, d'accès d'expectoration albumineuse. On en pourrait trouver plusieurs dans la *Gazette des hôpitaux* de 1873, où ils ont été résumés et parfaitement mis en lumière par M. Révillaut.

Quant aux *affections cardiaques*, elles donnent lieu de temps en temps, *même sans pleurésie*, au même phénomène. M. Moriez citait, en 1873, l'existence d'un malade cardiaque, qui fut un jour en quelque sorte sidéré par l'arrivée d'une congestion œdémateuse subite. Il rejeta, en très-peu d'instants, une quantité énorme de liquide séro-albumineux. L'oppression, qui avait été excessive au début, diminua, et le malade finit par échapper. Ce ne fut pas pour longtemps, car repris peu après par une crise semblable, il fut suffoqué subitement.

Tout le corps médical de Rennes conserve encore avec respect la mémoire d'un digne confrère qui nous fut enlevé, de cette même manière, il y a 9 ans. L'excellent docteur de La B... était atteint d'une insuffisance aortique. Il vaquait néanmoins à toutes ses occupations, et se consacrait à ses malades avec son dévouement ordinaire. Un jour, étant à la campagne, il fut subitement atteint d'un œdème pulmonaire aigu, et contraint de s'asseoir sous un arbre. Il rendit par la bouche des flots de sérosité, puis après 3/4 d'heure d'angoisses, put continuer sa route, 15 ou 20 jours après, au moment où il rentrait chez lui, pris de rechef de la même manière, il fut asphyxié en quelques minutes, et succomba la bouche remplie de sérosité. Bon nombre de faits analogues, sinon par la funeste terminaison, au moins par le fait de l'expectoration albumineuse, coïncidant avec une affection cardiaque, sont déjà connus.

Si la congestion œdémateuse se rencontre dans le cours des affections cardiaques, alors même qu'elles ne sont pas compliquées de pleurésie, l'on ne doit pas s'étonner de la rencontrer aussi chez les mêmes malades, lorsqu'il y a *complication de pleurésie*, et que la thoracentèse a été nécessaire. C'est aussi ce que démontre l'observation, et le nombre des cas dans lesquels on a noté l'existence d'une affection organique du cœur, chez les malades atteints, consécutivement à la thoracentèse d'expectoration albumineuse, est déjà considérable.

Les deux premiers cas de M. Béhier appartiennent à cette catégorie (V. Académie de médecine, juillet 72). Le fait de M. Liauville également; il faut y ajouter plusieurs des faits de M. Ferrillon et ceux de M. Mariez, les deux que je viens de rappeler moi-même, et sans doute un grand nombre d'autres.

La *manière dont l'opération a été pratiquée* a-t-elle quelque influence sur l'apparition de l'accident ? On ne le saurait dire encore. Dans les faits cités par M. Béhier, on avait employé la ponction capillaire avec aspiration. Dans plusieurs autres

cas, les opérateurs s'étaient servis, comme moi, du trocart ordinaire. Il ne semble pas que le choix d'un trocart plus ou moins volumineux, c'est-à-dire l'évacuation plus ou moins rapide de la plèvre, ait une influence très-marquée au point de vue qui nous occupe.

Je serais plutôt porté, je l'avoue, en réfléchissant sur le fait qui m'est personnel, et sur quelques autres dont les détails ont été notés avec soin, je serais dis-je plutôt porté à croire que les efforts de toux très-violents, lorsqu'il ne reste plus que très-peu de liquide, ou l'aspiration pratiquée sur les dernières gouttes, peuvent agir d'une façon favorable à la production de la congestion œdémateuse. Dans ces cas, le liquide sort coloré par un peu de sang. Je ne puis croire aussi que la *douleur très-violente*, qu'éprouvent certaines personnes à la suite de la thoracentèse, ne soit pas une condition très-fâcheuse. Dans maintes circonstances, on voit la douleur être cause de fluxion, amener un état congestif. Dans le cas si déplorable dont je rapporte l'histoire, la douleur a été aussi remarquable par son intensité pendant l'opération, que par sa persistance après.

Le *pronostic* de l'expectoration albumimineuse, selon M. Ferrillon, est d'une gravité médiocre. Il me semble convenable d'élargir quelque peu la question, et de parler du pronostic de la congestion œdémateuse après la ponction de la plèvre, que cette congestion ait donné lieu simplement à l'expectoration séro-albumineuse, ou bien à l'épanchement séreux subit intra-pleural, ou bien à l'un et l'autre à la fois.

A en juger par les faits déjà connus, cet accident me semble grave. Bon nombre de cas de mort sont déjà publiés, et certainement le chiffre de 1 mort sur 21 cas, donné par M. Ferrillon dans sa thèse, serait loin de donner maintenant la proportion exacte. Dans plusieurs autres cas où la guérison a eu lieu, les malades ont été, pendant quelques instants, entre la vie et la mort, et ont donné de vives inquiétudes.

La mort peut survenir de deux façons: ou bien quand l'épanchement séreux est intra-bronchique, par obstacle mécanique à l'arrivée de l'air, si le liquide est assez abondant pour ne pas être rejeté par la bouche; ou bien, quand l'épanchement séreux est intra-pleural, par compression excessive du poumon correspondant, refoulement du cœur, etc. C'est-à-dire, comme dans une pleurésie à épanchement énorme. Il convient donc de déclarer que le pronostic doit être très-réservé et considéré comme grave.

4e Que faire dans ces cas ? *Quel traitement instituer ?*

a. Guidés par des idées théoriques peut-être très-justes, plusieurs praticiens ont eu recours, *dans le cas d'expectoration albumineuse très-abondante, à des applications d'ammoniaque* sur la partie inférieure et antérieure du cou, antérieure de la poitrine.

Ils se proposaient d'agir ainsi sur l'innervation du pneumogastrique. Ils produisaient, dans tous les cas, une révulsion énergique. Quoi qu'il en soit de la théorie, ces applications ont eu plusieurs fois le meilleur résultat, ont arrêté rapidement des crises très-pénibles. C'est un moyen qu'il ne faut pas hésiter à employer.

On peut, pour cela, employer l'ammoniaque de plusieurs manières.

Imbiber une compresse pliée en plusieurs doubles d'ammoniaque pure, et l'appliquer sur le devant du cou, pendant quelques minutes. On obtient ainsi une rubéfaction énergique. On peut, comme le veut Boniface, remplacer la compresse par un morceau d'amadou imbibé d'ammoniaque sur son côté villeux.

Badigeonner la partie que l'on veut atteindre avec un liniment contenant parties égales d'huile d'amandes et d'ammoniaque battues ensemble, et recouvrir ensuite d'un taffetas gommé. On peut, suivant le temps de l'application, obtenir à volonté la rubéfaction ou la vésication.

La pommade de Gaudret conviendrait encore, largement appliquée.

Dans une circonstance où, sans pleurésie antécédente, un malade était atteint d'une expectoration albumineuse inquiétante, le Dr. Jalabert a réussi à conjurer

les accidents, en administrant au malade une potion à *l'ergotine* et à la *belladone*. Le même malade avait déjà vu deux fois des crises analogues cesser à la suite d'une large saignée. Il n'est pas douteux qu'après la thoracentèse, on n'eût avec avantage recours aux mêmes moyens. L'action bien connue de la belladone et du seigle ergoté rend leur administration très-rationnelle, et parfaitement indiquée dans cette circonstance.

b. Si le liquide, au lieu de pleuvoir à la surface de la muqueuse bronchique, s'est épanché dans la plèvre, ou, si les deux flux ont eu lieu simultanément, comme dans l'observation que j'ai rapportée, on peut encore avoir recours aux mêmes moyens : mais, en outre, il peut être nécessaire d'opposer un traitement énergique à l'épanchement pleural, qui, le fait précité ne le démontre que trop, peut constituer le danger le plus grave. Dans ces cruelles circonstances, il me semble qu'il est urgent, lorsque le liquide contenu dans la plèvre augmente rapidement et menace de tuer le malade, de pratiquer de nouveau la thoracentèse. J'ai, pour mon compte, le très-vif regret de n'avoir pas insisté davantage pour faire une ponction qui aurait pu arracher la malade à une mort imminente. Je n'hésiterais même pas, si un cas semblable se présentait de nouveau, et si la reproduction du liquide paraissait inévitable, à introduire, par la canule du trocart, jusque dans la plèvre, et à laisser en place pendant quelques heures, jusqu'à ce que la congestion aiguë pleuro-pulmonaire eût disparu, un tube en caoutchouc fin, armé à son extrémité extérieure d'une baudruche, dont la présence empêcherait l'entrée de l'air dans la poitrine. Rien ne serait plus facile, une fois le tube introduit, que de retirer le trocart en le faisant glisser sur le tube de caoutchouc.

c. Quant aux *moyens de prévenir* ces tristes accidents, malheureusement il n'en est point de certain. M. Hérard recommande de faire, dans les trop grands épanchements, la thoracentèse en plusieurs fois, et de ne pas laisser le liquide s'écouler en totalité du premier coup. Cette précaution est peut-être bonne. Notons toutefois que la thoracentèse faite avec des trocarts capillaires, c'est-à-dire très-lentement, a pu être suivie de l'expectoration albumineuse.

Au moins est-il bon d'éviter, si l'on se sert d'un aspirateur, l'extraction des dernières gouttes qui viendraient teintées de sang. Si l'on se sert du trocart ordinaire, on ne doit pas provoquer les quintes de toux qui amèneraient, à la vérité, la sortie plus rapide et plus complète du liquide, mais qui auraient le même inconvénient que l'aspiration. Si les quintes de toux se développent spontanément, il est peut-être bon de retirer le trocart avant qu'elles n'aient fait sortir les dernières parties du liquide. L'auscultation et la percussion permettent toujours, pendant l'écoulement, de suivre les progrès de l'évacuation de la sérosité, et de constater ce qui reste. On doit de plus, si la douleur présente une violence excessive, la calmer au moyen d'une injection hypodermique de morphine.

Ces précautions seront surtout utiles quand les prédispositions indiquées ci-dessus c'est-à-dire l'asthme, l'état nerveux, une affection cardiaque ancienne, *existeront* chez le malade soumis à l'opération. Il faudrait ajouter, lorsque l'épanchement, pour lequel on fait la ponction est de date très-ancienne, parce que le poumon, si longtemps comprimé, sera d'autant plus sensible à la distension de ses vésicules et aux modifications produites en lui par l'afflux subit du sang.

Je résume :

1° La thoracentèse peut être suivie d'une congestion pleuro-pulmonaire aiguë subite, qui peut donner lieu, soit à une pluie de sérosité dans les bronches (expectoration albumineuse), soit à un épanchement pleural excessif et rapide.

2° Ces mêmes accidents, ou du moins l'expectoration albumineuse, peut se présenter même en dehors de toute opération, et même sans pleurésie.

3° L'état nerveux, l'asthme, les affections cardiaques chroniques, peut-être l'ancienneté de l'épanchement, l'extraction forcée des dernières portions du

liquide ainsi que la douleur y prédisposent.

4° Le pronostic est assez grave.

5° Le traitement réclame les révulsifs ammoniacaux sur la partie antérieure de la poitrine et du cou, l'emploi interne de la belladone, du seigle ergoté, quelquefois la saignée, et, dans le cas d'épanchement intra-pleural, la thoracentèse.

Dr. G. REGNAULT,
professeur de thérapeutique à l'école de médecine de Rennes.

La Térabdelle (*Sangsue-monstre*).

Monsieur le Rédacteur,

Le numéro du 15 septembre dernier, de votre estimable *Revue de thérapeutique*, contient un article traduit de *The Lancet* ayant pour titre :

De la respiration artificielle dans l'apoplexie.

Cet article renferme des observations de la plus haute valeur, touchant la thérapeutique rationnelle et pratique de l'apoplexie foudroyante,

Toutes ces considérations sont éminemment justes.

La véritable pathogénie de l'apoplexie foudroyante est évidemment, en effet, *la compression intra-crânienne du cerveau*, par suite du ralentissement du mouvement circulatoire et de l'épaississement consécutif du sang, qui résulte de l'insuffisance de l'acte respiratoire.

L'indication capitale est donc, avant tout, de lui venir en aide, soit en donnant une impulsion artificielle au jeu du soufflet respiratoire, soit en faisant respirer de l'oxygène.

« Mais il est douteux, ajoute l'auteur, en terminant, que ce mode soit bien efficace, lorsque l'hémorrhagie cérébrale offre un degré marqué de gravité. La crainte d'augmenter l'hémorrhagie fera souvent hésiter à l'adopter, jusqu'à ce qu'il soit bien démontré *que l'action du cœur ne sera pas susceptible d'accroître la pression des artères du cerveau*, et de troubler le repos dans lequel semble résider toute chance de salut dans la plupart des cas. »

Cette dernière remarque est d'une vérité pratique non moins frappante: la moindre augmentation de pression au sein des artérioles cérébrales peut devenir une cause nouvelle d'hémorrhagie; c'est dans le repos relatif de la circulation cérébrale, en effet, que réside alors toute chance de salut.

Bien convaincu, comme je l'ai toujours été, qu'au point de vue de la physiologie moderne, la pulsation artérielle est un vrai souffle circulatoire, qui est la base d'une sorte de respiration universelle, nous eûmes l'idée, il y a vingt-trois ans, de lui venir directement en aide, en reproduisant dans les vers à ventouses ordinaires une alternance de *plein* et de *vide*, analogue à celle qui constitue le mécanisme de l'inspiration et de l'expiration naturelles.

Sous l'influence de la machine pneumatique, qui a été modifiée pour cet usage, on peut soumettre à volonté nos téguments de la périphérie cutanée à un massage pneumatique énergique et semblable à celui que la cage du thorax fait subir perpétuellement à ce tissu si remarquable des poumons, d'où la nature fait jaillir à tout instant, avec le sang artériel, la véritable source de la vie.

Appliquée sur la région fessière, la nouvelle ventouse, dont on gradue à volonté la puissance, et qui peut extraire au siége jusqu'à 150 *grammes de sang par minute*, s'est montrée à nous, depuis vingt-trois ans, le véritable spécifique de l'apoplexie, telle que l'entend le professeur Corso de Florence. A l'appui de cette opinion, voici trois exemples choisis au milieu d'un très-grand nombre.

I

Le 8 janvier 1859, à cinq heures du soir, M. Vacquerie, ancien professeur de l'université en retraite, âgé de 65 ans, tombe frappé d'apoplexie avec hémiplégie et perte presque complète de la parole, en face du portail de Notre-Dame. Deux hommes le transportent à son domicile sur une chaise. La main et la jambe droites sont pendantes, froides, insensibles et immobiles. La commissure labiale est très-déviée.

Je constate que les pincements les plus énergiques ne provoquent ni sensi-

bilité ni mouvement dans le bras et la jambe affectés. La paralysie est d'ailleurs si prononcée, que deux hommes s'entr'aident pour coucher le malade et lui donner l'attitude requise pour l'opération.

Le pouls est à 60, régulier, tendu, développé, résistant; la respiration, la déglutition et les fonctions organiques sont intactes : la santé antérieure était parfaite.

Deux verres, dont chaque embouchure circulaire couvre un décimètre de surface cutanée, sont appliqués sur les régions fessières.

Quinze minutes ne se sont pas écoulées, la quantité de sang contenu dans les verres s'élève à peine à 60 grammes, que le malade s'écrie tout à coup : « Ma pauvre fille, je suis sauvé! » Et dans le transport de sa joie, il agite son bras et sa jambe paralysés. Nous avons quelque peine à calmer cette émotion. Enfin la quantité de sang s'élevant à mille grammes environ, nous arrêtons la saignée.

Avant de quitter M. Vacquerie, je le prie de me serrer à la fois les deux mains, de ses deux mains, ce qu'il exécute avec une force sensiblement égale de l'un et de l'autre côté.

Le lendemain, la guérison était parfaite, et M. Vacquerie rentrait dans les habitudes de sa vie ordinaire.

Au bout de deux mois, m'ayant fait remarquer qu'un léger engourdissement lui était resté dans la main droite, ainsi que dans la langue, sans qu'il en résultât toutefois aucune gêne apparente dans les fonctions, je crus devoir lui faire extraire 300 grammes de sang derrière l'oreille gauche.

Tous les six mois environ, au printemps et à l'automne, pendant les années suivantes, je dus revenir au même moyen pour combattre de légers étourdissements qui nous faisaient craindre une rechute, et 3 à 400 grammes de sang furent extraits chaque fois.

Depuis onze ans, M. Vacquerie n'a plus eu besoin de la Térabdelle, et n'a pas cessé de jouir d'une santé parfaite et de se livrer, même avec ardeur, à ses travaux littéraires habituels, sans éprouver le moindre symptôme de congestion cérébrale, à son âge de 82 ans.

Nota. — Si le médecin a quelquefois occasion de se plaindre de l'indifférence ou même de l'ingratitude de ses malades, il en est dédommagé quelquefois par la rencontre d'un cœur reconnaissant. Je devais ce témoignage à M. le professeur Vacquerie.

Il ne lui a pas suffi de faire le voyage de Paris pour aller raconter à M. Flourens et à M. Grimaud de Caux, ainsi qu'à M. l'abbé Moigno sa guérison, disait-il, merveilleuse par la Térabdelle. Voyant avec peine l'indifférence persistante des corps savants, il rédigea, le 16 juillet 1866, la pétition suivante, à l'adresse de sa Majesté l'Empereur :

Sire,

Le soussigné, professeur émérite de l'université, a l'honneur de présenter à votre Majesté la pétition suivante :

Il s'agit d'une sangsue mécanique, appelée *Térabdelle*, dont le soussigné a éprouvé l'effet salutaire et soudain, en une circonstance, où, frappé dans la rue d'une apoplexie avec paralysie lui enlevant l'usage de la parole, il fut radicalement guéri, dans l'espace de vingt minutes, par l'application de cette machine pneumatique, de telle manière que le surlendemain il circulait dans la ville, vacant comme d'habitude à ses affaires.

Le soussigné, animé par un double sentiment d'humanité et de reconnaissance, vint exprès trouver à Paris M. Flourens, à qui il exposa le fait, ainsi que plusieurs autres semblables, capables de constater la puissance de ce nouvel instrument. Le savant académicien n'eut que des paroles d'éloge pour une découverte de cette nature, et après un sérieux examen, il la fit connaître, à quelque temps de là, dans une séance de l'Institut.

M. Grimaud de Caux, à qui le soussigné exposa le même fait, ayant pris connaissance de cette machine, en constata les avantages en termes bien propres à exciter l'attention de la science, et plus d'une fois il émit un vœu ardent à cette occasion, notamment dans le compte ren-

du de l'Académie des sciences du 26 février 1865 (1).

C'est donc encore au nom de l'humanité que le soussigné supplie aujourd'hui votre Majesté de prendre la chose en considération, et demande qu'une commission choisie, dans le corps médical, fonctionne pour la constatation des effets de l'instrument dont il s'agit.

Il a l'honneur d'être, de votre Majesté, Sire, le très-humble et très-dévoué serviteur,

Alençon, le 16 juillet 1866.
Vacquerie.

Après avoir prié MM. Serre, Royer et Claude Bernard, nommés commissaires pour l'examen du mémoire de M. Damoiseau, de prendre la chose en sérieuse considération, M. Grimaud de Caux ajoute :

« Nous y sommes tous intéressés; il n'y a pas d'homme d'étude, il n'y a pas un membre de l'Institut, jeune ou vieux, qui ne soit exposé aux mêmes dangers, et dans le cas d'avoir recours à ce moyen efficace, au moment où il y pensera le moins. Qui est à l'abri d'un coup de sang, surtout parmi les hommes d'étude dont le cerveau est toujours plus ou moins fatigué par le travail intellectuel?

» Je suis convaincu que la conclusion pratique de l'examen des faits sera de demander qu'une Térabdelle soit déposée dans tous les lieux où l'on réunit des secours publics contre les accidents de la rue. Les apoplectiques pourraient ainsi être secourus instantanément, comme le sont les noyés et les asphyxiés. »

(Compte rendu de l'Académie des sciences de l'*Union médicale* du 26 février 1865.)

(1) « Je ne puis abandonner ces questions d'hygiène, dit M. Grimaud de Caux, sans revenir sur un événement qui a frappé le monde savant d'une émotion profonde et qui dure encore. La mort de Gratiolet, j'en ai la conviction, eût pu être conjurée par une simple application de la Térabdelle de M. Damoiseau, d'Alençon. Je répète ici ce que j'en disais dans le feuilleton du 13 novembre dernier: j'ai eu la preuve vivante et parlante (le professeur Vacquerie) des merveilleux effets de l'application de cet instrument dans une circonstance tout à fait analogue à celle qui a emporté Gratiolet. La Térabdelle *dissipe les congestions locales mécaniquement et à l'instant même.* »

II

Le nommé Cochin, ancien tambour de la compagnie des pompiers, âgé de 62 ans, demeurant rue des Granges, 7, est d'un tempérament robuste et sanguin.

Jeudi matin, 29 avril 1875, il s'était rendu dans son jardin, à un kilomètre environ de sa demeure, lorsque, vers dix heures, il s'aperçoit que *les* (images des) *objets dansent devant ses yeux.* Il prend aussitôt le sage parti de regagner immédiatement son domicile.

Après avoir, dans ce but, passé sa blouse, il constate qu'il ne peut la boutonner. Pendant le trajet, un sceau en zinc qu'il emportait échappe sept ou huit fois à sa main gauche, sans qu'il en ait conscience; le bruit seul qui en résulte, sur le pavé, l'en avertit.

Arrivé chez lui, il ne tarde pas à perdre la parole et la connaissance. Les voisins accourus aux cris de sa famille le déposent dans son lit. Un prêtre, après avoir vainement tenté de se faire entendre de lui, administre l'*extrême-onction.*

Appelé à une heure de l'après-midi, je vois un homme de forte corpulence étendu horizontalement sur son lit, la tête légèrement relevée. De minute en minute, tout le côté gauche de la face est en proie à des secousses convulsives épileptiformes; l'épaule et le bras du même côté y participent dans une certaine mesure.

Le pouls est gros, lent, résistant, intermittent. La respiration paraît encore intacte ainsi que la déglutition.

Deux hommes réunissent leurs efforts pour tourner le malade sur le côté droit, afin de rendre la région du siége accessible.

Deux grands verres de un décimètre de diamètre à l'embouchure sont appliqués sur la fesse gauche, et après avoir appelé le sang par un massage pneumatique des plus énergiques, je fais agir trois fois sur la peau qu'ils doivent recouvrir le scarificateur à seize lames et, en dix minutes, 300 grammes de sang de couleur très-foncée sont extraits.

A ce moment, je me vois forcé de suspendre l'opération pendant une heure.

A mon retour, un simple coup d'œil me permet de constater les salutaires effets de l'émission sanguine pratiquée. Les secousses convulsives sont moins violentes, moins longues, moins répétées. La connaissance et la parole sont toujours absentes et l'insensibilité persiste, mais, évidemment, l'ensemble du *facies* est moins mauvais, et les yeux sont moins convulsés.

Un grand verre est donc de nouveau appliqué au siége, et trois coups de scarificateur sont donnés sans provoquer le moindre signe de sensibilité.

C'est alors que je me décide à pratiquer à la face une saignée abondante et rapide.

Un verre à embouchure ovale de 8 centimètres et demi sur quatre et demi de diamètre ayant été appliqué sur la joue gauche préalablement rasée, j'y fais agir deux fois le scarificateur mécanique, sans que le malade paraisse en avoir la moindre conscience. En moins de deux minutes, le verre se remplit de 200 gr. de sang.

C'est alors que nous sentons le malade se réveiller pour ainsi dire entre nos mains, en recouvrant tout à la fois la sensibilité, le mouvement, la connaissance et la parole. En même temps, le pouls devenu normal, ne ressemble plus en rien à celui que nous venions de palper pendant tout le temps que nous avons vu Cochin réduit à l'état d'une masse inerte.

La quantité totale du sang extrait s'élève à 600 grammes.

Prescription:

Julep du Codex additionné de un gramme de calomel à la vapeur, à prendre par cuillerée à soupe de 2 en 2 heures; tisane d'orge sucrée, et bouillon de veau pour tout aliment.

30 avril. La guérison se soutient.

1 mai. En raison d'une légère élévation du pouls, je pratique une nouvelle saignée aux régions fessières.

5 mai. A part un peu de faiblesse, Cochin se dit parfaitement guéri.

Sa guérison ne s'est pas démentie.

III

La nommée Douillet, âgée de 76 ans, demeure rue du Jeudi, 40, aux bureaux du journal *le Messager de l'Orne*.

Le 9 juillet dernier n'étant pas descendue de sa chambre à 8 heures du matin, suivant son habitude, sa fille s'en inquiète et monte. Elle trouve alors sa mère loin de son lit, debout en chemise, et se tenant à la porte. En vain lui adresse-t-elle la parole; pour toute réponse, celle-ci la regarde d'un œil hébété. Justement alarmée, elle appelle au secours. Deux personnes accourues parviennent à déposer la malade dans son lit.

Arrivé sur ces entrefaites, je constate qu'il y a paralysie de tout le côté droit, et perte totale de la connaissance et de la parole. Les urines coulent involontairement; le pouls est lent, mais régulier, la respiration paraît intacte ainsi que la déglutition. Le facies, très-altéré, semble annoncer une mort prochaine.

J'envoie quérir la Térabdelle, et, comme toujours, commence par installer sur les régions fessières un puissant foyer de massage pneumatique révulsif, avec ou sans émission sanguine, suivant les cas.

Dans celui-ci, je réserve l'effusion du sang pour la joue gauche, sous forme de dérivation.

J'applique donc sur cette dernière région un verre de cinq centimètres de diamètre à son embouchure, et après avoir fait agir deux fois le scarificateur sur la peau qu'il recouvre, il se remplit en vingt minutes de 400 grammes de sang, de la couleur la plus foncée.

Quelques mouvements se produisent immédiatement dans la jambe droite ainsi que dans la face et les yeux de la malade qui s'animent et prennent une couleur plus vivante.

Pendant les trois premières semaines qui suivent, aucun changement notable ne se produit, la malade reste dans un état intellectuel ressemblant à l'enfance sénile, les urines coulant involontairement, le bras et la jambe droites continuant à être plus faibles et la parole étant absente.

On avait commencé même à désespérer, lorsqu'un jour, on remarqua qu'elle disait

son chapelet *tout haut*. Bientôt elle recouvra, avec la parole, l'intégrité de ses facultés intellectuelles, et l'usage de ses membres du côté droit, qui n'ont plus rien à envier à ceux du côté gauche. Il ne lui reste, dit-elle, qu'un peu d'enflure au pied droit, et encore on lui fait remarquer que l'apparition de cette enflure est antérieure à l'attaque d'apoplexie.

Dr Damoiseau, d'Alençon.
Président de l'Association médicale de l'Orne.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Kyste hydatique du foie. — Guérison après une seule ponction aspiratrice.

Observation présentée par M. le Dr Bussard, aide-major.

Au moment où la question du traitement des kystes hydatiques du foie occupe les sociétés savantes, nous avons cru devoir publier l'observation suivante, qui vient se joindre à celles déjà assez nombreuses où une seule ponction aspiratrice pratiquée sur un kyste hydatique a amené sa guérison.

A...(Jean), soldat au 67e de ligne, entre à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, dans le service de M. Bertrand, salle 1, lit 15, le 14 mars 1873.

C'est un homme de vingt-neuf ans, de forte constitution, ayant cependant déjà été malade à plusieurs reprises ; c'est ainsi qu'en 1865, il a été atteint d'une dysentérie en Algérie ; en 1871, étant prisonnier en Allemagne, il a eu un rhumatisme articulaire aigu ; deux mois plus tard, un ictère, qui a duré trois semaines ; enfin de nouveau en Algérie, au mois d'août 1851, il a contracté des fièvres intermittentes qui l'ont forcé à revenir en France au mois de novembre de la même année ; c'est à cette époque qu'il ressentit pour la première fois des douleurs du coté du foie ; il s'aperçut, dit-il, que son ventre augmentait de volume et devenait dur.

De novembre 1871 à mars 1873, les douleurs au niveau du foie ont reparu à plusieurs reprises, et le volume du ventre a augmenté peu à peu.

Etat actuel. — Le malade a toutes les apparences de la santé ; l'appétit est excellent ; les forces sont conservées, aucun symptôme du côté du tube digestif ; le malade ne se plaint que de quelques douleurs au niveau du foie.

L'examen de cet organe nous le montre dépassant de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes ; à la simple inspection, on constate une tuméfaction assez considérable dans la région épigastrique, à droite, immédiatement en dehors de la ligne blanche, tuméfaction bien plus visible quand le malade est debout.

A la palpation, on sent manifestement une tumeur bilobée ; le lobe droit, du volume du poing, fait saillie sous le rebord des cartilages costaux ; le lobe gauche, beaucoup plus petit, gros comme une noix, est situé à gauche de la ligne blanche, qui divise ainsi la tumeur ; cette tumeur appartient évidemment au foie, qu'elle suit dans les mouvements d'inspiration et d'expiration ; elle est lisse, peu près indolore ; il faut la presser fortement pour que le malade accuse quelque douleur ; la peau, à son niveau, conserve sa coloration normale et glisse facilement sur la tumeur.

La percussion donne au doigt la sensation parfaite de ce qui est décrit sous le nom de frémissement hydatique.

M. le docteur Dieulafoy voulut bien voir le malade, il confirma le diagnostic de kyste hydatique du foie que nous avions porté, et sur l'avis des médecins de l'hôpital, réunis en consultation, il pratiqua, le 28 mars, une ponction aspiratrice sur

la tumeur avec l'aiguille n° 2 ; cette ponction donna issue à 750 grammes d'un liquide parfaitement transparent, ne se coagulant ni par la chaleur, ni par l'acide azotique, et dans lequel l'examen microscopique nous révéla la présence de nombreux crochets ; à la fin de l'opération, le malade fut pris de dyspnée très-vive, qui persista pendant un quart d'heure, après quoi il ne ressentit aucune douleur pendant la journée.

Nous nous bornâmes à mettre du collodion à l'endroit de la piqûre, que nous recouvrîmes d'une bonne couche de ouate ; un bandage de corps un peu serré fut appliqué et l'immobilité la plus absolue conseillée au malade.

Le 29 mars, pas de douleur, pas de fièvre. Le matin, T., 37,6. Appétit. — Le soir, le malade ressent quelques frissons, la température augmente et atteint 38.8. A cinq heures, trente heures après la ponction, apparaissent sur l'abdomen et sur les cuisses quelques plaques d'urticaire bien caractérisées, qui ont disparu le endemain matin.

Pour ne pas rendre trop longue cette observation, nous nous bornerons à dire que, pendant les journées qui suivirent, l'état général fut aussi satisfaisant que possible, la tumeur ne se reproduisit pas et le malade n'accusa plus de douleur ; quelques petits élancements furent seulement ressentis pendant le mois qui suivit l'opération.

Il partit en convalescence à la fin de juin, trois mois après la ponction, sans que rien pût faire soupçonner la reproduction du kyste.

Sans ériger la méthode de la ponction capillaire aspiratrice en moyen thérapeutique unique dans le traitement des kystes du foie, on peut, il nous semble, en face des observations connues, dire qu'en présence d'un kyste hydatique, la meilleure conduite à tenir est d'y pratiquer une ponction capillaire aspiratrice : cette opération aura le double avantage de fixer le diagnostic dans les cas douteux, et de pouvoir, indépendamment du soulagement immédiat qu'elle procure, assurer dans quelques cas une guérison définitive ; elle ne s'opposera du reste, en cas d'insuccès, à aucun des autres moyens thérapeutiques employés dans le traitement des kystes hydatiques du foie. On ne peut raisonnablement pas être arrêté par les dangers de l'opération dont l'innocuité est aujourd'hui bien démontrée : que si, cependant, certains médecins étaient arrêtés par les bien rares exemples où des accidents ont suivi une ponction capillaire, ils pourraient s'entourer des précautions que conseille M. Jaccoud : l'immobilité dans le décubitus dorsale, des applications permanentes de glace sur la région du foie, et sur toute la partie sous-ombilicale droite de l'abdomen.

Nous avons tenu dans notre observation à insister sur la présence des crochets caractéristiques dans le liquide extrait du kyste, et cela parce que quelques médecins ont prétendu que les kystes, qui guérissent ainsi par une seule ponction, étaient de simples kystes séreux ; cette objection ne pourra être faite pour le kyste que nous avons vu guérir ; disons, du reste, que les kystes purement séreux sont très-rares dans le foie, d'après tous les anatomo-pathologistes.

Enfin, en terminant, rappelons que, trente heures après avoir subi la ponction de son kyste, notre malade a présenté sur l'abdomen et sur les cuisses des plaques d'urticaire ; ce n'est pas la première fois que pareil fait a été vu, et M. Dieulafoy qui, le premier, a attiré l'attention sur cette particularité qu'il a du reste constatée plusieurs fois, nous avait prévenu de la possibilité de cette éruption, qui n'a pas manqué. Nous nous bornerons à enregistrer le fait sans essayer de l'expliquer.

(*Presse médicale belge.*)

Sur deux cas de mort subite par des bols alimentaires obstruant l'orifice laryngé, par M. Weis. — Le 4 mars 1874, on releva, rue St-Léon (Nancy), le cadavre d'un homme d'une cinquantaine d'années. Des passants l'avaient vu sortir du restaurant économique, s'appuyer contre le mur de l'hôpital et faire des efforts de vomissements, trébucher ensuite et tomber. Le prenant pour

un ivrogne, on ne l'avait pas secouru. L'autopsie ordonnée par le parquet, révéla que l'isthme du gosier était obstrué par un morceau de viande de 12 centimètres de longueur, 3 de largeur, 4 d'épaisseur et pesant 42 grammes: ce morceau présentait une partie cartilagineuse à l'une de ses extrémités, était en partie dans la cavité buccale, en partie dans le larynx; il maintenait l'épiglotte solidement abaissée sur l'ouverture laryngée. Les mâchoires de cet individu ne présentaient plus que peu de dents, presque toutes mauvaises.

Le deuxième fait a été observé par MM. Tourdes et Lallement. Un homme de 52 ans se fait préparer dans un petit restaurant du gras-double ; il le dévore avec voracité, tout à coup il est pris de suffocation, d'efforts de vomissements et s'affaisse inanimé. A l'autopsie, on trouve l'arrière-bouche entièrement fermée par une masse volumineuse grisâtre, moulée en haut sur la voûte palatine, en bas sur la langue. L'extrémité supérieure soulevait le voile du palais d'une part et plongeait dans le pharynx par l'autre extrémité. Il maintenait l'épiglotte relevée et bouchait l'ouverture du larynx. C'était un morceau de gras-double, dur, mal cuit, replié sur lui-même, pesant 42 grammes, mesurant 10 centimètres de longueur, 5 de largeur et 22 millimètres d'épaisseur. Le larynx contenait quelques mies de pain seulement, mais dans les bronches, jusque dans les divisions de 2e et 3e ordre, il s'en trouvait en quantité. Les dents de ce sujet étaient aussi généralement mauvaises.

La position verticale de l'épiglotte et la présence de grumeaux alimentaires dans les bronches montrent comment l'accident est arrivé. Le bol alimentaire, trop volumineux, a été arrêté au commencement de l'œsophage; de là, efforts de vomissements qui ont amené l'entrée de matières étrangères dans le larynx.

Les faits de ce genre arrivent assez fréquemment dans les hôpitaux de vieillards. Il serait à désirer qu'à côté des instructions populaires concernant d'autres morts (asphyxie par submersion, etc.), un chapitre fût consacré à la suffocation par bols alimentaires. En ouvrant la bouche du malade et y regardant, on eût pu sauver la vie par l'extraction de ces bols alimentaires.

M. Weiss cite deux faits où il a pu venir en aide à des personnes victimes de leur gloutonnerie. Il y a quelques années, à Birkenholtz, près Fénétrange, il a pu extraire, à l'aide d'un crochet de Græfe, une masse cartilagineuse, de trois travers de doigt de long, arrêtée dans le pharynx et très-adhérente. Dans un autre cas, un fragment d'os, long de 9 centimètres et demi sur 22 millimètres, s'était arrêté dans l'œsophage au niveau de l'extrémité supérieure du sternum, et nécessita l'œsophagotomie, qui fut faite avec succès. Un enfant de quelques mois sur le point d'être étouffé par une dragé, fut sauvé par le doigt ramenant la dragée.

(*Revue médicale de l'Est.*)

Hernie étranglée; réduction au moyen de la main introduite dans le côlon, par Al. Hadden (New York). — Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans qui fit appeler M. Hadden le 14 juin pour des nausées et des douleurs abdominales; dans l'aine gauche on trouve une tumeur du volume d'un œuf de cane, dont la malade s'était aperçue depuis longtemps, mais qui rentrait d'habitude; c'était une hernie inguinale dure, douloureuse au toucher, et irréductible malgré la chloroformisation. Le 14 et le 15, application d'un vessie de glace sur la tumeur, et de temps en temps tentatives de réduction qui amènent plusieurs fois une diminution du volume; la malade avait réfusé l'intervention opératoire. Les vomissements ayant augmenté, le 16 au matin, M. Hadden et ses trois aides, après avoir chloroformisé la malade, font chacun de vains efforts pour réduire la hernie. Mais, avant d'en venir à la kélotomie, M. Hadden proposa d'essayer la réduction en introduisant la main par le rectum dans le côlon, et essayant à travers la paroi de ce dernier de faire sur l'intestin hernié des tractions suffisantes pour le dégager.

La malade bien chloroformisée fut placée sur la poitrine et les genoux et maintenue

dans cette position. Le chirurgien introduisit ses doigts dans le rectum, puis passa doucement sa main jusque dans le côlon; il eut un peu de difficulté à suivre l'intestin au niveau du promontoire; mais cet obstacle une fois franchi, la main trouva la voie libre. Il put alors sentir très-bien l'intestin engorgé, et fit sur lui des tractions douces pour ne pas le déchirer, en même temps qu'il faisait le taxis externe avec l'autre main. Le résultat cherché fut obtenu en dix ou douze minutes. Après la réduction on fit établir un bandage compressif sur l'anneau inguinal, et le ventre fut tenu serré au moyen d'un large bandage circulaire; injection sous-cutanée de morphine. Les vomissements cessèrent. Pendant les premières vingt-quatre heures, la malade se plaignit de douleurs colo-rectales et de vives cuissons à l'anus. Le lendemain de l'opération, selle abondante. Suites simples et guérison complète. (*New-York medical Record.*)

Injections sous-cutanées de chloral dans le choléra. — Le docteur Higginson, médecin à Khéri, dans le royaume d'Oude, et le docteur Hall, recommandent ce moyen : leur pratique se base sur l'idée théorique d'une irritation nerveuse à la période de collapsus, irritation qui réclamerait l'emploi des sédatifs. La solution doit être au 1/10; plus forte elle ne serait pas absorbée et produirait des accidents locaux.

Sitôt qu'apparaît l'algidité, ils injectent 10 grains (0 gr., 60) d'hydrate de chloral en solution dans 100 gouttes d'eau, dans quatre ou cinq endroits différents. En général la dose suffit; mais si la réaction n'apparaît pas au bout d'une heure, on recommence l'injection.

Le docteur Higginson, sur 19 cas de choléra ainsi traités, n'a perdu que 2 malades, et encore chez l'un le traitement avait été mal appliqué; le second cas revêtait la forme foudroyante. Ces injections doivent être faites au bras ou à la jambe; la canule de la seringue doit être introduite profondément.

D'après lui le chloral agit comme sédatif; il amène le relâchement des vaisseaux et permet une distribution plus régulière du sang dans l'organisme. Les crampes se calment; la respiration devient plus régulière; les évacuations diminuent; la vue devient plus nette et la voix plus forte; enfin les sécrétions se rétablissent. (*Gazette des Indes.*)

Nous sommes heureux de voir les observations anglaises confirmer les prévisions d'un médecin français, le docteur Nepveu. Dans un travail publié en septembre 1873, notre distingué confrère recommande les injections hypodermiques de chloral dans les premières périodes du choléra, et il cite une observation de cholérine promptement guérie par ce moyen. Il a donc, sur Hall et Higginson, dont les travaux datent d'octobre 1874, la priorité de cette pratique. (*Journ. de thér*).

Manière d'arrêter instantanément les palpitations du cœur. — Voici une manière d'arrêter pour ainsi dire instantanément les palpitations du cœur, j'entends celles qui ne sont liées à aucune lésion matérielle de cet organe ou des centres nerveux.

Il est peu de personnes à qui des émotions morales, une frayeur ou une excitabilité nerveuse exagérée ou bien encore une anémie plus ou moins profonde, n'aient fait éprouver de temps à autre ces palpitations. J'ai eu occasion de les observer sur moi-même quelquefois. Si, en général, elles ne sont d'aucune gravité, elles s'accompagnent néanmoins d'un sentiment d'angoisse très-pénible, d'un malaise excessif, qui quelquefois peut durer une ou deux heures.

Un jour, étant debout, par hasard je baissai fortement la tête et je sentis aussitôt mes palpitations s'arrêter. Depuis, je donnai à plusieurs de mes malades atteints de cette même indisposition le conseil de se plier en deux, la tête en bas et les bras pendants, de manière à congestionner momentanément la portion supérieure du corps; chez tous ces malades atteints de palpitations nerveuses ou anémiques, le cœur a repris aussitôt son fonctionnement

normal. Je dois ajouter qu'en retenant dans la position décrite plus haut, pendant quelques secondes seulement, le mouvement respiratoire, l'effet produit est encore plus rapide. Je vous répète que j'ai observé ce fait sur moi-même à plusieurs reprises.

Quelle que soit l'explication que l'on s'efforce de donner au phénomène en question, il résulte de ces faits que la stase sanguine veineuse dans les portions supérieures du corps, arrête pour ainsi dire instantanément les palpitations du cœur, quelle que soit l'explication que l'on veuille en donner.

(*Union médic.*)

Catarrhe, bronchite emphysémateuse. — Traitement. — Chez les enfants, les mucosités trachéales et bronchiques s'accumulent très-souvent par l'insuffisance des efforts des muscles thoraciques pour les expulser.

Messieurs les docteurs Barthez et Siredey emploient avec avantage, dans leur service d'hôpital, ainsi que chez les vieillards qui ont une difficulté extrême de l'expectoration et qui sont par cela même exposés à l'asphyxie, un sirop ainsi composé :

5 centigrammes de sulfate de strychnine mêlé à 100 grammes de sirop simple. Mieux vaudrait du sirop de tolu ou de quinquina.

Traitement des varices. — Notre ami le docteur Rigaud, ancien professeur de Strasbourg, actuellement à Nancy, a appliqué depuis vingt-quatre ans une méthode de traitement des varices dans cent quarante cas de varices des membres inférieurs, et dans dix-neuf cas de circocèle ; et les premiers faits ont été publiés dans la thèse du docteur Pruner, soutenue à Strasbourg en 1851. M. Rigaud met à nu la veine variqueuse, en isole les parois sur un morceau de diachylon ou de ruban de toile.

Laissée à l'air, la veine se dessèche, s'oblitère et se rompt vers le septième jour. La plaie simple qui résulte de l'opération se guérit promptement.

Quelquefois il arrive que la rupture n'a pas lieu et que le paquet variqueux se transforme en un tissu fibreux, et la guérison est également définitive. Chez quelques sujets, de nouvelles varices, mais moins fatigantes, se développent dans les veines collatérales.

(*J. des Conn. méd.*)

Du silicate de potasse dans le traitement de l'érysipèle. — Le professeur de Costa Alvarenga préconise le traitement suivant de l'érysipèle, comme l'ayant trouvé d'une efficacité supérieure à tous ceux qui sont généralement conseillés. Il s'appuie sur 55 observations recueillies par lui, dont 48 à Lisbonne, et 7 à Rio de Janeiro.

Le traitement en question consiste à étendre à l'aide d'un pinceau, sur la partie affectée, quel que soit le siége qu'elle occupe, une solution de silicate de potasse. Il emploie à cet effet la *liqueur de silice, liqueur des cailloux* étendue d'eau en diverses proportions : Soit 1 : 1, 1 : 2 ou 1 : 10 de liqueur de silice et d'eau. Sous la forme concentrée, 1 : 1 à 1 : 4, les résultats sont plus rapides, et s'obtiennent en cinq jours. Sous la forme dilatée, 1 : 6 à 1 : 10 les résultats sont moins prompts, et varient de 4 à 10 jours.

(Traduit de la *Gazetta médical* de Lisbonne.)

FORMULES DIVERSES.

Prises contre l'apepsie (Caffe).

P.	Extrait de noix vomique.....	1 gramme
	Rhubarbe pulvérisée.....	4 —
	Craie préparée.....	3 —
	Oléo-saccharium de menthe...	35 centigr.

M. divisez en paquets n° XII.

Une prise une demi-heure avant le repas aux personnes qui n'ont pas d'appétit.

Glycéré anti-hémorrhoïdal (Délioux de Savignac).

Extrait de jusquiame	4	grammes
Safran pulvérisé	4	—
Acétate de plomb	2	—
Glycéré d'amidon	40	—

En onctions sur les tumeurs hémorrhoïdales douloureuses.

Pommade contre le prurit (Gueneau de Mussy).

Bromure de potassium	3 grammes
Camphre	30 centigr.
Cérat	30 grammes

F. S. A. une pommade.

Onctions plusieurs fois le jour, pour combattre le prurit qui accompagne l'éruption de la variole, et empêcher les malades de se déchirer la peau en se grattant. (*Union médicale*).

De l'acide salycilique dans la diphthérie (Wagner, de Fribourg).

Aux enfants qui ne savent pas encore se gargariser, l'auteur donne l'acide salycilique en poudre dans de l'eau ou dans du vin à la dose de 10 à 30 centigrammes toutes les deux heures. Aux enfants plus âgés il le prescrit en gargarisme d'après la formule suivante :

Acide salycilique	150	grammes
Alcool (pour dissoudre)	15	—
Eau distillée	150	—

Si cette solution laissait déposer quelques cristaux, on les ferait dissoudre en chauffant. A employer en gargarisme toutes les deux heures. M. Wagner dit avoir guéri par ce moyen 15 cas de diphthérie très-grave. (*Annali di Chimica.*)

Potion expectorante.

Chlorhydrate d'apomorphine	0 gr. 01 à 0 gr. 03
Acide chlorhydrique	5 gouttes
Sirop simple	30 grammes.
Eau distillée	120 —

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures, comme expectorant, dans la bronchite catarrhale, l'emphysème pulmonaire, etc. (*La Pharm. de Lyon.*)

Lotion contre l'érysipèle.

Camphre	aa 4 grammes
Acide tannique	
Ether	36 —

Lotionnez les parties voisines de la peau malade toutes les deux ou trois heures ou plus souvent. (*Philad. med. Times.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Guide du médecin praticien et de la sage-femme pour le diagnostic et le traitement des maladies utérines, par le docteur E. Verrier, préparateur du cours d'accouchements à la faculté, professeur libre de tocologie et de gynécologie (1).

Ce n'est point le livre d'un inconnu que nous analysons, M. Verrier s'est déjà fait connaître par un *Manuel de l'art des accouchements*, qui est dans les mains de tous les étudiants et d'un grand nombre de médecins. Aussi ne doutons-nous pas du succès de ce nouveau livre, qui est écrit avec la même sobriété de style, la même clarté, et surtout avec autant de méthode que son aîné.

Non-seulement les élèves, auxquels la nécessité de préparer leurs examens ne permet pas d'étudier de volumineux in-8°, mais aussi les praticiens, empêchés de lire par les labeurs de la clientèle, trouveront dans ce livre tout ce qui leur importe de connaître, au sujet des maladies utérines.

M. Verrier divise son ouvrage en deux grandes parties, l'une médicale, l'autre chirurgicale. La première comprend : l'aménorrhée, la dysménorrhée, les métrorrhagies. L'auteur examine ensuite l'influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement sur le développement des maladies utérines. Puis il consacre 180 pages aux maladies inflammatoires. Non-seulement il s'occupe du diagnostic, du traitement de chaque affection d'une manière très-complète, mais il discute, avec la sagacité et l'expérience d'un praticien consommé et instruit, la grande distinction à établir entre la lésion et la ma-

(1) Asselin, libraire, Paris.

ladie, dans les affections utérines. On voit qu'il sort de bonne école. Cent pages sont ensuite consacrées aux changements de forme et de situation de l'utérus. A propos du traitement de ces affections, M. Verrier étudie l'action douteuse des pessaires, celle de l'électricité, et celle plus importante de l'hydrothérapie.

Dans la deuxième partie de son livre, M. Verrier étudie les tumeurs bénignes, — myômes, polypes, — et les tumeurs malignes, — cancers.

Il discute les divers procédés opératoires proposés, sans négliger le traitement médical, pour toutes ces affections. Le cancer, cette affection si rebelle, peut encore, dit M. Verrier, laisser quelques chances de guérison, si l'opération est faite en temps opportun.

Un chapitre est consacré par l'auteur à la plus grande des opérations chirurgicales du 19e siècle : je veux parler de la cure radicale des kystes de l'ovaire, par l'ovariotomie.

La fistule vésico-vaginale, qui est décrite en tant que traitement chirurgical, avec un grand luxe de détails, occupe tout le livre quatrième. C'est en vain que nous avons cherché la périnéoraphie qui cependant, nous devons le dire, comme les fistules est une perte de substance survenue le plus souvent à la suite d'un accouchement laborieux.

Enfin, dans un appendice de 60 pages, M. Verrier envisage la grande question de la stérilité dans les deux sexes, et propose pour les cas où le traitement a été sans effet, la fécondation artificielle.

Nous ne le suivrons pas sur ce terrain scabreux : nous comprenons cependant que, par ce temps de régénération patriotique, un procédé qui tend à la multiplication de l'espèce humaine ne peut qu'être approuvé par les moralistes, du moment que l'application s'en fait honnêtement — *honesta, honestæ*.

De la torsion des artères (1), par le docteur Lucien Magon.

La torsion est un procédé d'hémostase qui réunit à la sûreté et à l'efficacité de la ligature l'avantage d'oblitérer les artères sans interposition d'un corps étranger; en conséquence, elle convient surtout dans les cas où l'on désire tenter la réunion par première intention et où l'on a à redouter une hémorrhagie secondaire. —La torsion adoptée sans difficulté pour oblitérer les petits vaisseaux est pratiquée avec autant de sûreté pour les grosses artères et pour les artères athéromateuses. — La torsion pour être bien pratiquée n'exige qu'une condition, c'est de saisir tout le calibre du vaisseau avec une pince dont la pression soit assez énergique pour ne pas laisser échapper le bout de l'artère.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 octobre 1875. — Présidence de M. Gosselin.

Après le dépouillement de la correspondance et les présentations de livres ou mémoires, M. Devergie dépose sur le bureau la statistique officielle des opérations pratiquées de 1863 à 1870 à l'hôpital Fernambouc (Brésil), par M. Sarmento, chirurgien en chef.

« Les succès obtenus sont tels, dit M. Devergie, que tout en faisant une large part au talent chirurgical et médical de ce jeune chirurgien, il faut aussi invoquer les conditions hygiéniques favorables dans lesquelles il a placé ses opérés.

Le climat de Fernambouc a permis de

(1) In-8. Prix : 1 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye.

laisser complétement ouvertes, et le plus souvent jour et nuit, les salles des malades, de sorte que les opérés ont pour ainsi dire vécu en plein air. Aussi les cas de pourriture d'hôpital ont-ils été extrêmement rares.

Sur 177 opérés, on ne compte que 14 décès, et cependant les plus grandes opérations chirurgicales ont été faites : Ainsi on compte 28 amputations des membres, 13 ligatures des artères les plus importantes, 22 ablations des testicules dans les cas d'éléphantiasis, 16 opérations de la pierre par la taille, 24 opérations de cataractes ou autres maladies des yeux, enfin 74 opérations diverses. Chaque malade, dans les dix tableaux de statistique, a ses notes et ses observations générales accompagnant chacun des tableaux.

Séance du 2 novembre 1875. — Présidence de M. Gosselin.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national. La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine; — en deuxième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Berchon (de Pauillac), Dechaux (de Montluçon), Mignot (de Chantelle), Raimbert (de Châteaudun), Willemin (de Vichy).

Le nombre des votants étant de 52, majorité 27, M. Bérenger-Féraud obtient 32 suffrages, M. Raimbert 6, M. Dechaux 5, M. Berchon 4, M. Willemin 3, M. Mignot 2.

En conséquence, M. Bérenger-Féraud ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national.

Paracentèse du péricarde. *Rapport.* — M. Henri Roger termine la lecture de son rapport sur une observation de M. le docteur Chairou, relative à une opération de paracentèse du péricarde.

Après avoir rappelé quelques erreurs dans le diagnostic, commises par quelques médecins et chirurgiens éminents, et avoir cité de nouveau des faits de paracentèse malheureux; après avoir examiné les conditions de l'opération, les indications tirées de la *quantité* de l'épanchement péricardique, le rapporteur analyse celles qui se rapportent à la *nature* du liquide, et il place à côté les contre-indications.

La ponction lui semble contre-indiquée dans les *hydropisies* actives du péricarde, dans les épanchements *sanguins* (qui sont d'ailleurs tout à fait exceptionnels), et enfin dans les collections *purulentes* liées à une infection générale. C'est surtout dans les *vastes épanchements de la péricardite* que l'intervention chirurgicale peut être *opportune* et *salutaire* (avec toutes les réserves que commande la gravité même de la péricardite, en raison de ses nombreuses complications, soit aiguës, soit chroniques). C'est très-souvent la tuberculose qui donne lieu aux vastes épanchements de la péricardite chronique, et en aggrave singulièrement la prognose ultérieure des épanchements une fois la paracentèse pratiquée.

M. Roger se demande ensuite quel est le meilleur procédé opératoire pour assurer le succès de la paracentèse du péricarde : il détermine d'abord le lieu d'élection, qui doit être le cinquième espace intercostal, dans un point intermédiaire entre le sternum et le mamelon, un peu plus près de ce dernier, en se guidant toujours d'après la pointe du cœur, lequel pourrait être déplacé et principalement abaissé par des adhérences. Il montre combien, en dehors de ce point indiqué, il serait aisé de léser les organes environnants, il prouve par des faits la fréquence des blessures du cœur, même avec des instruments capillaires; et, du reste, ces faits eux-mêmes démontrent, ainsi que les expériences d'acupuncture, l'innocuité parfaite des piqûres cardiaques; dans aucun cas, elles n'ont donné lieu à des accidents constatés. Il va sans dire que la blessure des organes voisins du point où pénètre l'instrument sera d'autant moins fréquente et moins grave que cet intrument sera plus petit, et, sous ce rapport, les trocarts capillaires des récents appareils

d'aspiration sont infiniment préférables aux anciens instruments, lesquels doivent être abandonnés.

Après avoir dit quelques mots des autres méthodes de paracentèse, trépanation préalable du sternum, incision des parties molles de l'espace intercostal, etc.; après avoir signalé la difficulté de l'évacuation du liquide après l'opération, la presque impossibilité des ponctions renouvelées aussi souvent que le liquide se reproduit; les mêmes difficultés pour établir un système régulier de lavages et d'injections ayant pour but de modifier la séreuse du péricarde, sont un mode de guérison provisoire, M. Roger recherche quelle est, en définitive, la valeur thérapeutique de la paracentèse dans les épanchements péricardiques. L'opération trouve rarement son indication par suite des complications concomitantes ou ultérieures de ces épanchements. Elle est ou sera toujours difficile, bien que ces difficultés soient notablement diminuées par suite de l'emploi des instruments capillaires; l'opération est *incomplète*, c'est-à-dire qu'elle ne peut guère être répétée plusieurs fois, ni soutenue, comme la thoracentèse, par des moyens accessoires, des lavages, etc.; mais elle n'en est pas moins commandée dans certaines circonstances, et, par exemple, dans les grands épanchements aigus ou chroniques du rhumatisme, et aussi dans les épanchements chroniques dont la nature tuberculeuse n'est pas évidente. Une statistique de 54 faits publiés donne beaucoup de morts et très-peu de guérisons (une seule est complète); mais c'est que la maladie est elle-même excessivement grave, et l'on peut dire presque toujours mortelle, quand elle se présente dans les conditions qui nécessitent la paracentèse. Les cas ne sont pas rares où la péricardite guérit par le fait de l'évacuation du liquide, mais elle guérit avec des adhérences généralisées, et cette symphyse cardiaque amènera plus tard une affection organique du cœur. Même terminaison fatale après un délai de quelques mois, quand la ponction aura été faite avec un succès relatif chez un tuberculeux qui succombe ensuite aux progrès de sa diathèse.

L'opération, dit M. Roger, n'a point, sauf exception, de vertu curative, mais elle est formellement indiquée comme palliatif, et elle constitue parfois une ressource suprême. Elle restera toujours une opération audacieuse, *audax facinus*, a dit Van Swieten; mais il est des circonstances critiques où un praticien a le devoir de l'oser.

M. le rapporteur propose à l'Académie d'adresser des remercîments à l'auteur, et de déposer très-honorablement son mémoire dans les archives.

Ces conclusions sont adoptées.

Association pour l'avancement des sciences en France. — Session de Nantes.

Application du caoutchouc à la chirurgie. — M. le professeur Courty a vivement intéressé la section par l'exposition de ses nombreuses recherches sur *l'application du caoutchouc à la chirurgie*. Il s'est particulièrement attaché à montrer les nombreux services que peut rendre ce tissu, à faire connaître les circonstances diverses dans lesquelles on peut utiliser son emploi. M. Courty s'occupe d'abord des ulcères chroniques des jambes, et il nous montre, par des preuves théoriques et pratiques, que le traitement qu'il préconise est bien celui qui possède l'efficacité la plus incontestable. Voici de quelle manière procède notre éminent confrère.

Il lave d'abord l'ulcère; il y applique ensuite quelque excitant léger, puis il met une bande de toile, et enfin une bande élastique doublée elle-même d'une deuxième bande de toile. Quand la plaie s'est rétrécie notablement, il supprime ce pansement un peu minutieux et il se contente des bandelettes de sparadrap imbriquées. Deux ou trois semaines sont le maximum de durée de ce traitement, qui constitue par conséquent un progrès notable sur les autres modes de pansement.

En second lieu, M. Courty montre les avantages que l'on peut retirer du caoutchouc comme moyen de diérèse, et pouvant remplacer l'ancienne ligature à ulcère

et il n'hésite pas à placer ce moyen à côté de la section galvanique et de l'écrasement linéaire. Il a pu ainsi enlever, avec succès, des polypes utérins, des hypertrophies du col, des épithéliomas en choux-fleurs du col, des tumeurs du rectum et de l'anus, de la nuque et de la pommette, etc.; les fistules à l'anus en sont également justiciables. M. Courty fait aussi remarquer combien ce procédé est simple, facile, commode; il n'a pas besoin d'être surveillé: aussi notre savant collègue n'hésite-t-il pas à le préférer à beaucoup d'autres moyens.

Les observations de M. Courty ont été confirmées par la plupart des chirurgiens présents. C'est ainsi que M. Gayet a rapporté l'observation d'un kyste de l'ovaire dans laquelle il a pu pratiquer la section du pédicule en vingt-deux jours, sans accidents. Deux fois encore, et pour des kystes dont l'opération dut forcément rester incomplète, une ligature élastique ferma le trou péritonéal du kyste, et la malade guérit. Dans un cas de tumeur de la rate, la ligature élastique a rendu le même service à M. Gayet.

De son côté, M. Letenneur a communiqué plusieurs faits qui montrent bien tous les avantages que l'on peut retirer du procédé préconisé par M. Courty.

M. Letenneur l'a employé pour un épithélioma de la langue où le galvanocaustique avait tout d'abord complétement échoué. La malade revint quelque temps après cette première opération, avec une récidive; on la traita par la ligature élastique en circonscrivant la tumeur par plusieurs fils, et au bout de huit jours la tumeur était tombée, laissant une plaie nette qui a bien guéri. Chez un homme atteint de cancer de la langue, la même opération a parfaitement réussi. Chez un enfant de trois mois présentant une tumeur énorme polykystique du bassin, M. le Dr Montfort fragmenta la tumeur par plusieurs ligatures élastiques, et la section se fit en quinze jours sans accidents.

Ainsi, les faits se multiplient de toutes parts et viennent tous témoigner en faveur du procédé dont M. Courty, un des premiers, a su apprécier tous les avantages.

C'est à cet ordre d'idées que se rattache la communication faite à la même session par le Dr Laroyenne de Lyon, sur les effets de la *compression élastique dans la cautérisation des tissus.* Nous reproduisons textuellement, et sans commentaires, la note qu'a lue, sur ce sujet, notre distingué confrère.

M. Laroyenne nous dit avoir constaté que la cautérisation, soit objective, soit subjective, faite sur les tissus anémiés par l'application de la méthode d'Esmarch, était plus active que la cautérisation sur des tissus ayant conservé tout leur sang, que ses effets étaient incomparablement plus marqués. Ainsi, le fer rouge détruit plus profondément les parties molles et le tissu osseux que s'il exerçait son action sur un membre dont la circulation n'est pas suspendue. Et cependant, au moment même où s'effectue la cautérisation, ses résultats paraissent inappréciables. Le champ opératoire ne présente ni liquide ni fumée, rien qui puisse masquer les points que l'on veut atteindre et ceux qu'il est essentiel de ménager. Les téguments ne rougissent pas sous l'influence du calorique rayonnant; ils conservent leur coloration normale ou blanchissent légèrement, et l'étendue et la profondeur des brûlures n'apparaissent que lorsque la bande élastique a été enlevée et la circulation rétablie. Il peut se former, par le soulèvement de l'épiderme, des bulles gazeuses qui éclatent au moment même de leur apparition. Ce phénomène est absolument semblable à celui qu'un chirurgien militaire, M. Martenot de Cordoue, a donné comme un signe de la mort réelle, après avoir vainement cherché à le produire ailleurs que sur le cadavre. Les fongosités, le tissu osseux, sont détruits profondément par la cautérisation inhérente, comme en témoignent, les jours qui suivent son application, l'étendue et l'épaisseur des parties escharifiées et vouées à l'élimination.

L'activité de ce mode de cautérisation n'a rien de surprenant. En effet, le fer incandescent conserve plus longtemps sa

haute température; il ne subit pas cette rapide déperdition de calorique qui se produit lorsqu'il est mis en contact des tissus en possession de leur circulation normale : déperdition qui alors, est le résultat de son absorption par les liquides, dont une partie change d'état et se transforme en vapeur. De plus, les tissus exsanguifiés sont de meilleurs conducteurs de la chaleur que lorsqu'ils sont imprégnés dans leur intimité par le courant sanguin et les divers liquides plastiques ou pathologiques.

Il résulte de ces considérations que l'on doit se tenir en garde relativement aux effets de la cautérisation portant sur un membre anémié d'après la méthode d'Esmarch, et que, d'autre part, grâce à cette anémie temporaire, il est facile d'obtenir rapidement une destruction des fongosités et une modification profonde des parois osseuses, qui, à la suite d'un évidement ou d'une extraction de séquestre, réclament ce complément opératoire.

Les cautères potentiels, ainsi que la théorie le laissait prévoir, n'ont presque pas de prise sur les membres soumis à la compression du chirurgien de Kiel.

CHRONIQUE ET MISCELLANÉES.

— On assure qu'il existe, à Benimaclet (Espagne), un médecin âgé de cent cinq ans. Sa femme compte elle-même cent trois ans. Les centenaires jouissent d'une santé florissante, et le vieux docteur n'a pas cessé d'exercer son art.

***

Le Dr Hamon, de Fresnay, commencera lundi 22 novembre, à 3 heures de l'après-midi, un cours d'accouchements, qui sera continué les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Ces leçons seront spécialement consacrées à la *dystocie*.

Les élèves seront exercés à la manœuvre du forceps, du rétroceps, des appareils à tractions soutenues, des dilatateurs hydrostatiques et autres agents de délivrance, ainsi qu'à la pratique des opérations manuelles.

On s'inscrit de 1 à 2 heures, 10, rue des Saints-Pères.

***

Cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie.

M. le Dr Ch. Fauvel a recommencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continue les lundis et jeudis à midi. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des parois postérieures des fosses nasales, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. — Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée. —Le chef de clinique, M. Poyet, interne des hôpitaux, est à la disposition des assistants pour leur apprendre le manuel opératoire.

***

Chirurgie vétérinaire; jambes et yeux artificiels. — Le journal *The Lancet* rapporte l'observation d'une vache de la ferme de M. Wilson à Rorrowdale, dans le Cumberland; cette vache s'étant fracturée une jambe, on pratiqua l'amputation, on appliqua une jambe de bois; l'animal marche aujourd'hui en paissant dans les prairies.

Il faut rapprocher cette innovation chirurgicale de celle qui a été faite par le professeur Hertwig, qui place des yeux artificiels aux chevaux. On les a d'abord

faits en verre, puis en corne; on va les faire en caoutchouc durci. Cet œil artificiel donne une physionomie sortable au cheval de luxe, il empêche l'orbite de se remplir de poussière ou d'insectes; l'opération du placement paraît très-facile, il suffit de le nettoyer tous les huit jours.

***

Destruction de la mousse et des insectes des arbres.— On fait bouillir un décalitre d'orge dans de l'eau et on retire le grain que l'on peut donner à la volaille. Dans cette eau, on fait dissoudre 15 litres de chaux vive; après refroidissement, on mélange 1 kil. de noir de fumée, en agitant longtemps avec un bâton; puis 500 grammes de fleur de soufre et un litre d'alcool 3/6. On râcle la mousse avec une brosse de chiendent et on barbouille les arbres avec un gros pinceau imbibé du mélange ainsi formé. Cette composition détruit les *Coccus*, le puceron lanigère, la mousse, et donne la souplesse aux écorces.

***

Procédé pour donner aux fruits des saveurs diverses. — Faisons la démonstration sur une pomme, par exemple. A l'aide d'une grosse aiguille on y pratique plusieurs trous assez profonds. On la plonge immédiatement dans un godet contenant une liqueur quelconque choisie d'après le goût qu'on a voulu lui communiquer. Au bout de quelques secondes, les trous absorbent la liqueur, qui se loge ainsi dans l'intérieur du fruit.

On renouvelle deux ou trois fois l'opération, dans l'intervalle de dix jours, et on laisse mûrir la pomme. On obtient par cette méthode, sur toutes espèces de fruits, des effets réellement merveilleux par la variété des saveurs inconnues jusqu'ici.

(*Nouvelliste de Gand*).

***

Curieux certificat en fait d'impuissance : — « Nous, médecins et chirurgiens de Paris, en vertu des sentences rendues par Monsieur l'official de Paris, les quatre et vingt-neuf du mois de mars dernier, et à nous signifiées le premier du présent, nous sommes transportés ce jourd'huy, à l'heure portée par l'exploit, dans le prétoire de l'officialité pour y faire la visite de Monsieur le marquis de Gesvres; où, après avoir presté le serment en la manière ordinaire, nous avons procédé à ladite visite. Nous avons examiné principallement les partyes génitalles extérieures du dit sieur marquis; nous avons remarqué que ledit sieur Marquis est pourveu avantageusement de toutes ses partyes, et qu'elles ont chacune leur concistance, leur couleur, leur dimention et leur figure naturelles. Mais, par ce que l'érection accompagnée de fermeté et de quelque durée est aussy absolument nécessaire pour prouver la puissance virille, et que nous ne l'avons point observée dans ledit sieur marquis pendant notre visite, nous suspendons notre jugement touchant cette puissance; nous n'inférons cependant pas qu'il y ait impuissance en luy de ce que nous n'avons pas veu ce signe de virillité, parce qu'il ne paroist pas toujours, qu'il y a des hommes chez qui la présence d'autres hommes leur est un obstacle. Ainsy, nous ne pouvons décider sur les puissance ou impuissance de Monsieur le marquis de Gesvres, estant impossible de juger de ces sortes de choses, et de bien d'autres sans les signes qui les indiquent. Il seroit à souhaiter que ledit sieur Marquis pût avoir l'érection dans les conditions cy dessus marquées en notre présence dans d'autre temps et autres lieux plus convenables audit sieur Marquis de Gesvres. Nous pourrons alors décider de son état. Fait à Paris, ce 21 septembre 1713. »

(*Union médicale.*)

***

Un parc à tortues. — L'une des curiosités qui arrêtent le plus l'attention des touristes à Pleasure-Bay, dit le *Courrier* de San-Francisco, est l'établissement du parc aux tortues, qui est formé d'un large enclos dont les deux tiers sont couverts d'eau à marée haute. Ce parc con-

tient environ 7,000 tortues dites Terrapines, élevées à cet endroit, et l'on estime qu'il n'y a pas moins de 30,000 œufs enfouis dans le sable.

Rien de plus curieux que ce spectacle. En s'approchant sans bruit par une belle matinée de soleil, on aperçoit ces animaux tellement pressés les uns contre les autres que le sable de la plage a disparu sous le poids de leur masse inerte. Mais au moindre bruit, toute cette masse, qu'on aurait crue sans vie, se soulève et s'agite. La peur semble ranimer ces singuliers animaux, et, malgré la lenteur de leurs mouvements, ils ne tardent pas à plonger et à disparaître sous l'eau.

Aussitôt que le silence est rétabli, on les voit revenir à terre immédiatement. On sait que les tortues pondent leurs œufs dans le sable et que c'est la chaleur du soleil qui les fait éclore. Les jeunes tortues sont placées dans un enclos à part dès qu'elles sont sorties de la coquille. Des filets sont étendus pour les protéger contre la voracité des chats sauvages qui en sont très-friands, et, quand ces tortues ont atteint une certaine dimension, on les replace dans le grand parc. On les nourrit avec du poisson vivant qu'on jette en grande quantité dans l'espèce de réservoir où elles vont plonger. Les tortues croissent très-lentement, mais dès qu'elles sont arrivées à une grosseur de 7 à 8 pouces, on les envoie sur le marché, où elles se vendent en moyenne de 15 à 18 dollars la douzaine. Les Américains sont fort amateurs de soupe à la tortue, et ce mets figure sur la carte de tous les restaurants bien tenus.

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — *Du* 22 *au* 29 *octobre*, on a constaté 795 décès, savoir : variole, 1 ; rougeole, 4; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 35; érysipèle, 8; bronchite aiguë, 12; pneumonie, 38 ; dysentérie, 1 ; diarrhée cholériforme des enfants, 10; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 19; croup, 21 ; affections puerpérales, 1 ; autres affections aiguës, 297; affections chroniques, 395 (dont 186 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 34; causes accidentelles, 18.

Du 29 *octobre*, *au* 5 *novembre*, 813 décès ainsi répartis : variole, 1 ; rougeole, 3 ; scarlatine, 4; fièvre typhoïde, 32; érysipèle, 5; bronchite aiguë, 13; pneumonie, 43; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 7; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 12; croup, 16; affections puerpérales, 5 ; affections aiguës, 213; affections chroniques, 382 (dont 159 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 47; causes accidentelles, 13.

***

Nécrologie. — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons avec douleur la mort de M. le docteur Constant-François-Joseph Herbecq, médecin depuis plus de 40 ans à Ferrière-la-Grande, où par ses qualités recommandables il s'était attiré l'estime de tous. M. Herbecq était âgé de 66 ans et a succombé à la suite de plusieurs atteintes de paralysies apoplectiformes.

Nous annonçons également la mort de M. le Dr Texier, décédé à Civray.

VARIÉTÉS.

Le concours de 1812. — Roux contre Dupuytren.

Une heureuse fortune a mis entre mes mains un volume qui, pour tous les médecins, mais particulièrement pour ceux qui n'ont plus le bonheur d'être jeunes offre, si j'en juge par l'impression qu'il m'a faite, l'intérêt le plus saisissant.

La note suivante, écrite par feu M. le docteur Danyau, en forme d'avertissement sur les grandes initiales du volume, dit ce qu'il contient et pourquoi les pièces qui le composent ont été recueillies. Je la transcris intégralement :

« Ce volume contient trois thèses du célèbre concours qui eut lieu, en 1812, à la Faculté de médecine de Paris, pour la chaire de médecine opératoire, et qui devait donner un successeur à Sabatier.

« Ces thèses, l'une de Dupuytren, *Sur la lithotomie* l'autre (dont deux exemplaires) de Marjolin, *Sur l'opération de la hernie étranglée*, furent celles que M. Roux eut à argumenter. Elles sont chargées de notes marginales relatives aux points sur lesquels devait porter l'argumentation.

« Celles qu'on voit presque à chaque page de la thèse de Dupuytren sont de la main de M. Roux. C'est évidemment l'exemplaire dont il fut fait usage pour l'argumentation. Cette thèse est suivie : 1° de onze pages de l'écriture du baron A. Boyer, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, premier chirurgien de l'Empereur, beau-père de M. Roux, où ce célèbre chirurgien développe, à son point de vue, le plan à suivre dans l'argumentation; 2° de trois feuilles en grand papier où sont résumés tous les arguments de M. Roux; 3° d'une entrée en matière sous forme de petit discours préliminaire; 4° de deux pages de notes critiques de la main de Béclard; 5° enfin, de notes fournies par M. Deschamps, premier chirurgien en chef de la Charité, auteur du *Traité historique et dogmatique sur l'opération de la taille*. L'attaque était vigoureusement préparée et fut vive, en effet. Entre ces deux chirurgiens qui se disputaient la victoire, la lutte était ardente ; on sait quelle en fut l'issue.

« Des deux exemplaires de la thèse de Marjolin, le premier porte les notes manuscrites de M. Roux; le second, auquel manque le titre, les observations et objections de M. Boyer.

« Au point de vue d'un concours qui a laissé un si grand souvenir, et du travail de deux éminents esprits sur l'œuvre de deux hommes également éminents, ce recueil offre un intérêt peu commun. Celui qu'il a pour nous, enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants, est plus grand encore, car c'est ici un monument de famille que nous ne saurions trop précieusement conserver. »

Laissant de côté la thèse de Marjolin, je ne m'occuperai ici que de ce qui concerne celle de Dupuytren. On sait, — mais on me permettra de le rappeler, — que la thèse de Dupuytren ne fut pas déposée à la Faculté, le 21 janvier, jour fixé par le programme du concours. On a dit que ce retard avait été volontaire; que Dupuytren, sentant gronder autour de lui de puissantes inimitiés, s'était laissé aller au découragement et avait renoncé à se présenter à la dernière épreuve; que ce fut Duméril, alors juge suppléant, qui le réconforta et le décida à combattre jusqu'au bout, lui promettant la victoire.

La ligue formée contre Dupuytren se justifiait d'abord par les âpretés de caractère du chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et ensuite, par son incompréhensible conduite envers Boyer, chirurgien en chef, adjoint de l'hôpital de la Charité. En 1810, Dupuytren avait demandé et obtenu la main de Mlle Boyer; le mariage était sur le point de se faire, quand le jour même où devait avoir lieu la signature du contrat, Dupuytren, sans alléguer aucun motif, rompit toute négociation et se retira. La même année, il épousa, sous le régime dotal, Mlle de Sainte-Olive, qui lui apporta 80,000 francs.

Mais on a dit aussi, et, selon l'apparence, avec toute raison, que ce retard dans le dépôt de thèse n'avait rien eu de volontaire. Dupuytren, par suite de changements considérables apportés à la rédaction primitive, et peut-être de la difficulté qu'il avait à écrire, ne fut pas prêt au moment prescrit. Comment put-on passer outre et éluder le règlement? A cet égard, les souvenirs de M. Crochard fils, dont le père parvint à arranger l'affaire, sont très-précis. Il a eu la parfaite obligeance de les évoquer pour moi, et je vais

tâcher de reproduire ici, d'après lui, la physionomie des différents acteurs de la scène qui se passa le 22 janvier à la Faculté

Dupuytren était très-paresseux pour écrire et il avait, au dire de M. Crochard, souvent admis dans son intimité, une singulière attitude lorsqu'il écrivait. Assis sur une chaise basse, au coin du feu, il plaçait une chaise renversée, et le plan incliné que formait le dossier lui servait de pupitre.

Sur les instances de M. Crochard père (fondateur de la librairie dont M. G. Masson est le propriétaire actuel), Dupuytren s'était décidé à écrire un précis de médecine opératoire qui devait lui constituer un titre en vue du concours; treize feuilles furent composées et corrigées : ce fut tout. L'éditeur voyant que, Dupuytren nommé professeur, l'ouvrage ne serait jamais achevé, fit mettre au pilon ces premières feuilles. Il eût mieux fait de suivre les conseils des personnes bien avisées qui le poussaient à lancer un premier fascicule, dans l'espoir que l'auteur, ainsi engagé envers le public, achèverait son œuvre. Dans tous les cas, nous en aurions le commencement, et cela nous intéresserait et nous profiterait beaucoup plus que cela n'a profité au pilon. Mais le père Crochard était un singulier homme, ayant des idées très-arrêtées sur l'économie, et incapable de laisser dormir un capital plus que ne le comporte l'ordonnance de Barême.

C'était un ancien soldat que l'amputation du bras gauche avait rejeté dans la vie civile, sans aucune fortune, sans ressources, sauf une assez belle écriture qu'il devait à son premier métier d'expéditionnaire chez un avoué. Il donnait, pour vivre, des leçons à 3 fr. par mois, — par mois, entendez bien, — dans les arrière-boutiques du quartier, aux enfants ou aux femmes des petits marchands : fruitiers, épiciers, bouchers, etc. Un jour, il trouva un lot de quelques bouquins à acheter, et il s'établit dans le passage et sous le porche du collége d'Harcourt, rue de la Harpe. A l'époque dont il s'agit, sa librairie occupait, comme à présent, l'angle est de la place de l'Ecole-de-Médecine. Il se chargea d'obtenir un sursis du doyen. M. le professeur Leroux des Tillets était alors à la tête de l'École de médecine; il avait succédé en 1810 à Thouret, et, notons ce fait qui rendait plus délicate encore la mission qu'avait acceptée Crochard, le doyen était des bons amis de Boyer. Avec le concours de ce dernier et avec celui de Corvisart, il avait fondé le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie.*

Le professeur Leroux avait été plusieurs fois acteur dans les drames de la Révolution. Pendant la nuit du 18 août 1792, il était resté aux côtés du roi, et l'avait suivi au sein de l'assemblée législative. Après le 13 vendémiaire, condamné à mort pour avoir excité les sections à la révolte il n'échappa à l'exécution que par l'exil. Ce fut beaucoup plus tard, en 1832, que le choléra rendit contre lui un arrêt inéluctable. Il mourut à l'âge de 83 ans, étant né en 1739. A l'époque dont je parle, — hiver de 1812, — M. le doyen, fidèle à ses habitudes, recevait son barbier tous les matins, à cinq heures. Ce fut cette heure insolite que M. Crochard choisit pour lui faire agréer sa requête. Il se présenta le 22 janvier chez M. Leroux, portant sous son moignon un placard d'épreuves d'une partie de la thèse qu'il avait fait composer et tirer à la hâte.

— Ah! c'est vous, Crochard, dit assez brusquement le doyen en train de se faire raser; que me voulez-vous à cette heure?

— Pardon de mon importunité, Monsieur le doyen, mais c'est pour la thèse de M. Dupuytren.

— Il n'est plus temps! J'en suis bien fâché, il n'est plus temps.

— Ah! mon Dieu! que va dire M. Dupuytren?

— M. Dupuytren dira qu'il a manqué le concours par sa faute; que voulez-vous que j'y fasse?

— Mais, Monsieur le doyen, ce n'est pas du tout sa faute. Écoutez-moi, je vous en prie. M. Dupuytren nous a remis son manuscrit en temps utile; la thèse était composée et corrigée; voici les premières épreuves (M. Crochard les posa sur le bu-

reau du doyen). Mais au moment du tirage, il est arrvé un accident : la *composition est tombée en pâte*. L'imprimeur est désolé et n'a pas encore osé parler de ce malheur à M. Dupuytren, qui croit sa thèse déposée à la Faculté, comme elle devrait l'être.

— Quelle histoire me faites-vous là? interrompit M. Leroux. Voyons, reprit-il après un instant d'hésitation, pouvez-vous me donner une preuve de ce que vous racontez? Pouvez-vous, par exemple, m'apporter une attestation signée de l'imprimeur Lebègue et de ses ouvriers, certifiant la réalité de l'accident dont vous me parlez?

— Rien de plus facile, Monsieur le doyen: le temps seulement de courir rue des Rats. »

Bientôt M. Crochard revint avec une attestation en règle. Il avait suffi, disait-il plus tard, de distribuer 50 fr. aux ouvriers pour leur faire signer ce qu'on voulait. M. Leroux accorda le sursis demandé et congédia M. Crochard. Celui-ci revint quelques minutes après, et, tenant la porte entre-bâillée : « Il me reste une prière à vous adresser, Monsieur le doyen, serez-vous assez bon pour ne rien dire à M. Dupuytren de ce qui s'est passé?

— Non, Monsieur, répondit avec hauteur M. Leroux, je ne vous le promets pas. »

Cependant Dupuytren attendait, anxieux, dans la cour de l'École pratique, le résultat de la démarche. Quand M. Crochard lui annonça la réussite, il lui serra les mains à plusieurs reprises, et lui dit avec effusion : « Vous êtes vraiment mon sauveur! »

J'ai tenu à raconter cette scène où la loyauté n'est pas ce qui brille le plus, parce que, d'une part, les détails, authentiques autant que pittoresques, m'en ont été donnés par M. Crochart fils; et d'autre part, pour montrer à ceux qui trouveraient étrange l'intervention de chirurgiens illustres en faveur de M. Roux contre Dupuytren, pour leur montrer, dis-je, que les adversaires étaient, selon l'expression vulgaire, à deux de jeu.

(*Union médicale.*)

PUBLICATIONS NOUVELLES.

—

V. Adrien Delahaye et Cie, éditeurs.

Vues sur l'enseignement supérieur, ou plan d'étude de la science de l'homme, par le Dr Barbaste. 1 vol. in-12, 5 fr.

De l'obésité, étiologie, thérapeutique, et hygiène, par le Dr Worthington. In-8°, 3 fr. 50.

Leçons cliniques sur les fractures de jambe, faites à l'Hôtel-Dieu au mois de janvier 1875, par M. le professeur A. Richet, recueillies et publiées par MM. L. Garnier, et A. Le Double. In-8°, 2 fr. 50.

Guide du voyageur sur mer, ou traité complet du mal de mer, etc., par M. le Dr Guien. 1 vol. in-12, 2 fr.

Clinique de l'hôpital du Midi. Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-1871, 1re leçon, par le Dr Ch. Mauriac. In-8°, 2 fr.

Traitement de l'angine couenneuse, par la glace, suivi d'un appendice sur le meilleur moyen de se procurer cette substance en toute saison, par le Dr Lebert. In-8°, 1 fr. 50.

Du traitement des syphilides papulo-hypertrophiques, par la cautérisation au nitrate d'argent, activée par le contact du zinc métallique, mode d'action de ce nouveau cathérétique, par le Dr Chéron. In-8°, 1 fr.

Boîte aux lettres.

4508 — Dr Dam... A Alençon. — Recherches infructueuses. — Composition conservée. — Envoyez *de suite* vos instructions, pour les additions et le tirage.

Le Rédacteur en chef-gérant,
Dr Hamon, de Fresnay.

N° 23. — 1er DÉCEMBRE 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. le professeur Gosselin (*suite*).

c. Kyste hordéiforme (Synoviale des extenseurs ou des *fléchisseurs*). — *Choix de moyens non susceptibles de déterminer l'inflammation suppurative.*

La *pathogénie* de cette affection est inséparable des divers moyens thérapeutiques qui lui sont applicables.

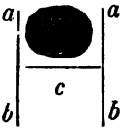
Sous une influence locale ou plutôt générale, le rhumatisme le plus souvent, il se fait une accumulation de liquide dans la gaîne synoviale par suite d'une *congestion permanente* de cette gaîne et il existe un défaut d'équilibre entre cette sécrétion et l'absorption. Peu à peu, la persistance de cette congestion détermine la production d'une matière *albumino-fibrino-gélatiniforme* qui se détache des parois de la synoviale comme les corps étrangers articulaires : à ce moment la *synovite congestive* a fait place à la *synovite plastique* dont les produits organiques ne sont plus susceptibles de résorption parce qu'ils deviennent libres dans la cavité.

Or, si les *indications thérapeutiques* qui découlent de cette pathogénie sont aisées à établir, elles sont au contraire très-difficiles à mettre en pratique. — Favoriser la disparition du liquide secreté en trop grande quantité et celle des grains rhyziformes, c'est-à-dire ramener la synoviale à son état physiologique sans *la faire passer par l'inflammation suppurative*, tel est le but que doit se proposer le chirurgien. — Le *repos*, les frictions soit avec les *pommades iodurées*, soit avec la *teinture d'iode* sont des moyens simples le plus souvent insuffisants et qui ne sont pour le moins que palliatifs. — La *compression* prolongée avec la ouate est meilleure et tout aussi inoffensive, mais elle a l'inconvénient de condamner le malade à l'immobilité et l'inoccupation pendant très-longtemps (1 ou 2 ans) sans lui promettre une guérison certaine. C'est pourtant à ce moyen que s'arrête M. Gosselin, mais en faisant cette compression pendant *la nuit surtout*. — Malgré les recherches de Hutin (sur les injections iodées dans l'hydrocèle) qui tendent à prouver que la teinture d'iode ne fait que modifier l'état physiologique de la séreuse sans déterminer d'adhérences, M. Gosselin ne croit pas être sûr, en agissant par ce moyen sur les gaînes tendineuses, de ne développer qu'une inflammation plastique non adhésive : il estime qu'on a au moins 2 ou 3 chances sur 5 de donner lieu à des adhérences, c'est-à-dire d'obtenir une guérison fort désavantageuse avec gêne considérable des mouvements. Il n'aurait tendance à employer l'*injection de teinture d'iode* que dans les cas où une inflammation spontanée se manifesterait dans la poche et autoriserait ce chirurgien à faire usage d'une thérapeutique plus efficace.

d. Kyste hydatique du Foie. — *Ponctions capillaires successives en cas de suppuration, méthode de Récamier.* — Eviter autant que possible de faire suppurer la poche : à cet effet, M. Gosselin préfère la ponction aspiratrice qu'il répète chaque fois que le kyste se remplit. On a lieu d'espérer, en employant cette méthode, de voir survenir une *transformation graisseuse* que M. Davaine a signalée comme pouvant être un des modes de terminaison les plus heureux. Si le kyste suppure, il emploie les cautérisations successives, sur le point le plus saillant, avec la pâte de Vienne (méthode de Récamier).

4° Affections de l'Appareil digestif.

a. Cancroïde de la lèvre inférieure, *procédé en demi-lune.* — Lorsque le mal est limité au bord libre de la lèvre, M. Gosselin préfère, à l'usage du caustique, celui du bistouri ou des ciseaux. — Il emploie le procédé de Horn en V qui consiste à circonscrire le mal par deux incisions qui partant du bord labial vont se réunir au-dessous. Dans ce cas, la perte de substance est assez grande, aussi applique-t-il, si l'étendue du cancroïde le lui permet, le procédé de Dupuytren et de Richerand, en demi-lune, qui enlève la portion malade en faisant une incision courbe à concavité supérieure; par cette méthode on diminue très-peu la hauteur de la lèvre : après avoir lié les artères divisées, il ne fait pas de réunion immédiate. — Si le cancroïde a envahi une plus large étendue de tissus, il a recours au procédé en H de Chopart, dit



quadrilatéral, par lequel 2 incisions verticales (*a b*) passant chacune en dehors du mal empiètent sur la région sus-hyoïdienne et sont réunies par une autre transversale *c* tirée au-dessous du produit morbide ; il fait glisser ensuite le lambeau inférieur (*b c b*) en haut pour aller le fixer aux deux incisions supérieures avec la suture entortillée.

b. Fissure a l'anus. — *Opération mixte.* — *Dilatation quotidienne.* — Parmi les fissures, il en est, selon ce professeur, qui bien qu'anciennes guérissent avec facilité, soit par l'emploi de *l'extrait de ratanhia*, de mèches enduites d'*onguent de la mère*, soit par la *dilatation forcée* (méthode de Récamier), soit enfin par l'*incision* (méthode de Boyer). Il croit cependant que l'incision empêche les récidives d'une façon plus efficace et il préfère encore davantage la *combinaison de la dilatation avec l'incision de la fissure.* — Pour les fissures *intolérantes* ou *récidivantes*, ce professeur (*Gaz. des hôpitaux*, 1860, p. 362) a adopté la *dilatation quotidienne* qui lui a donné un bon résultat dans un grand nombre d'exemples, et qu'il joint à *l'incision.* — Voici comment il opère : chaque jour, il introduit le doigt indicateur dans l'anus, c'est-à-dire qu'il agit avec douceur et progressivement jusqu'à ce qu'il puisse apercevoir la partie supérieure de la fissure. Il incise alors cette dernière en prenant soin de ne sectionner que le 1/4 du sphincter anal environ. Il introduit ensuite, et chaque jour, soit une petite mèche cératée soit une autre enduite de pommade à la ratanhia, ou d'onguent de la mère. — Le but de cette méthode est donc d'arriver à transformer les fissures excessivement douloureuses en d'autres sur lesquelles on a prise et que l'on peut combattre à l'aide de divers topiques avec plus de chances de succès.

c. Anus contre-nature accidentel. — *Entérotomie.* — *Avivement et inversion des bords après excision de la muqueuse.* — M. Gosselin commence d'abord par opérer la section de l'éperon avec l'*entérotome* de Dupuytren ou celui *porte-caustique* de Laugier composé de deux branches en forme de gorgeret où le caustique est maintenu par une lame retirée quand l'instrument est en place.

Il est rare toutefois qu'après cette opération, l'ouverture extérieure se ferme, bien

que les matières puissent reprendre, au moins en grande partie, leur libre cours dans le tube intestinal : aussi est-on obligé d'avoir à choisir l'une des méthodes qui ont pour but l'occlusion de cet orifice.—Le procédé proposé par Malgaigne, dit *autoplastie par inflexion* (avivement du trajet, dissection de l'intestin et renversement au-dedans des deux lèvres disséquées), lui paraît excellent, mais il n'est pas applicable dans tous les cas, par exemple pour ceux où la muqueuse est renversée dans une étendue considérable et où la peau est fortement froncée et déprimée à la périphérie de l'orifice accidentel, aussi M. Gosselin a-t-il combiné l'*autoplastie* avec l'*avivement de l'intestin*, afin qu'il y ait chance de voir s'établir des adhérences salutaires entre les deux portions en contact. — Voici les principaux temps de cette opération :

1er *temps*. Excision de la membrane muqueuse renversée;

2e *temps*. Ou bien il taille un lambeau autoplastique qu'il fait glisser et réapplique sur la surface cruentée de la muqueuse, ou bien il avive les bords de l'orifice et les infléchit profondément l'un vers l'autre, puis il ajoute deux incisions libératrices.

3e *temps*. 5 ou 6 points de suture enchevillée.

Les fils sont retirés au bout de 6 à 7 jours. diète et administration d'*opium*.

d. Epiplocèle enflammée. — *Temporisation exclusive*. — Le débridement doit toujours être rejeté, de même que les tentatives de taxis même modéré. M. Gosselin ne prescrit que le repos et l'usage des bains, de quelques purgatifs et surtout du repos, des émollients et des boissons délayantes.

e. Etranglement herniaire. — *Taxis*. — En 1844 ce chirurgien (*De l'étranglement dans les hernies*) revient au taxis tel que l'ont fait Amussat et Lisfranc et donne le conseil d'y avoir recours dans les étranglements peu anciens et surtout dans ceux qui datent environ de 24 heures. — En 1859 (communication à l'Acad. de méd.), il préconise le taxis *forcé et prolongé* (29 cas traités par cette méthode exclusivement, 2 morts et 27 guérisons). Il en concluait alors que *le taxis forcé est moins dangereux et plus utile que l'ont cru beaucoup de chirurgiens*. En 1861 et 1862 (Th., inaug., de M. Tirman, 1863) 15 observations de taxis pratiqué par M. Gosselin, 14 guérisons et 1 cas de mort. — Quoi qu'il en soit, cette méthode n'a pas prévalu et ce professeur lui-même, depuis quelques années, lui accorde bien moins de confiance : à propos de l'article *hernie crurale* (*Nouv. Dict. de médec. et de chir., pratique*), il nous dit lui-même qu'il n'emploie plus guère le taxis qu'en chloroformisant le malade et *pendant 1/4 d'heure environ;* encore ce taxis n'est-il pas *forcé* et il n'a plus recours aux mains superposées des aides.

f Hémorrhoïdes. — *Cautérisation avec l'acide nitrique mono-hydraté*. — M. Gosselin a démontré depuis longtemps (bien que cette opinion ne soit pas entièrement accréditée parmi nous), dans ses *Leçons sur les hémorrhoïdes*, Paris 1866, qu'elles ne sont pas toujours, comme on le croyait depuis Stahl, Pinel, etc., sous la dépendance d'une constitution, principalement rhumatismale ou goutteuse, et il pense que loin d'être salutaires elles doivent être l'objet d'un traitement soit médical, soit chirurgical, si elles déterminent des troubles marqués de la digestion, si elles occasionnent une gêne incessante du côté de la défécation et surtout si elles sont le siége de ces hémorrhagies finissant par amener l'anémie moins par la quantité de sang, perdu à chaque fois, que par la répétition fréquente de l'écoulement sanguin. La thérapeutique qu'il leur applique est différente suivant qu'on a affaire aux *hémorrhoïdes externes* ou aux *hémorrhoïdes internes*.

Hémorrhoïdes externes. — Le plus souvent elles ne réclament aucune intervention active : des soins de propreté, quelques lavements froids, l'emploi soit de l'onguent populeum, soit de la pommade à l'extrait de ratanhia, suffisent pour combattre la gêne qu'elles déterminent de temps à autre. Si cependant elles se congestionnent et deviennent très-turgescen-

tes et œdémateuses, si elles finissent par s'enflammer à diverses reprises, on peut avoir recours, comme le veut Carling, à *de petites ponctions peu profondes* ou même à l'*excision* si la masse est d'un petit volume, presque pédiculisée et fort douloureuse.

Hémorrhoïdes internes. — Ce professeur n'emploie généralement dans ce cas ni l'*excision*, ni les diverses espèces de *ligatures*, dans la crainte de la phlébite et de l'infection purulente.

Il y a deux mois (septembre 1875), lorsque nous remplacions M. A. Guérin à l'Hôtel-Dieu, nous avons eu recours à la *ligature extemporanée* chez un homme de 42 ans dont les bourrelets hémorrhoïdaux internes saillants et légèrement étranglés par les externes, étaient extrêmement douloureux. Comme on pouvait, en les attirant un peu à l'extérieur, pédiculiser facilement ces bourrelets, au nombre de trois, je passai à la base de chacun d'eux, un fil métallique qui me servit à les attirer et à les circonscrire chacune par un serre-nœud de de Græfe dont l'anse fut poussée le plus haut possible. Les trois serre-nœuds furent appliqués en même temps. A peine s'écoula-t-il quelques goutelettes de sang et les suites furent des plus simples. Il ne survint pas le moindre accident, ni du côté du ventre, ni du côté du rectum et après un léger écoulement sanio-purulent, la cicatrisation eut lieu et le malade sortait complétement guéri au bout de six semaines.

C'est à l'emploi des *caustiques liquide* et en particulier à celui de l'*acide nitrique mono-hydraté* que M. Gosselin donne la préférence. Voici comment il opère : un *pinceau d'amiante* trempé dans le liquide est appliqué pendant quelques secondes sur les hémorrhoïdes internes en ayant soin d'éviter de toucher le bourelet cutanéo-muqueux extérieur : parfois il fait porter cette cautérisation sur un seul bourrelet et n'attaque les autres que quelques jours plus tard : la même manœuvre est répétée 48 heures après et même une troisième fois jusqu'à ce que l'escharе soit bien constituée. La chute de cette eschare contribue, après la formation de la cicatrice, à donner à la muqueuse rectale moins de souplesse, ce qui la rend par conséquent moins apte à fournir à l'extérieur ce prolapsus si fréquent, comme on le sait, dans le cas d'hémorrhoïdes internes. Le seul inconvénient de cette méthode est la *douleur*, déterminée chez le malade, qui est extrêmement vive au moment du contact de l'acide avec la muqueuse et qui cependant se calme et disparaît même complètement au bout de deux ou trois heures.

5° Affections de la bouche.

a. Perforation de la voute palatine. — *Modification du procédé de M. Baizeau.* — Lorsque la perforation est très-petite et ne dépasse pas *un centimètre*, l'opération est indiquée et c'est surtout la méthode en double pont de M. Baizeau qui est pratiquée par ce professeur et que nous avons décrit dans l'un de nos Répertoires. Il avive dans un *premier temps* toute la muqueuse et le tissu cicatriciel qui constitue le pourtour de l'orifice, puis dans un *second temps* il taille deux lambeaux à l'aide de 3 *incisions* dont l'une médiane passe par la perforation et dont les deux autres latérales lui sont distantes environ de 1 cent., 1 cent. 1/2 (M. Tillaux s'écarte davantage de la perforation, pour éviter la lésion de l'artère palatine postérieure et comprendre chacune de ces artères dans le lambeau, afin de donner moins de chance à la gangrène) ; enfin dans un *troisième temps* il passe 4, 5, et 6 fils d'argent au moyen des tubes de Galli. Si la perforation est plus considérable, ou bien si on échoue après une première opération, il conseille de porter un *obturateur en caoutchouc*, à moins que la voûte palatine, en raison de sa sensibilité, ne puisse pas le supporter, dans ce cas on est autorisé à essayer encore une tentative opératoire.

b. Fistule salivaire. — (*Canal de Sténon*). *Procédé de Deguise et de Béclard et emploi du serre-nœud de de Græfe.* — On sait combien, en ce cas, on éprouve de difficultés à rétablir le cours normal de la salive dans la cavité buccale, or, d'après M. Gosselin, la principale cause de l'insuccès est

que la plaie extérieure a toujours moins de tendance à la cicatrisation que la plaie intérieure pratiquée par le chirurgien, qui elle, est au contraire plus récente et par conséquent plus apte à se fermer.

Le but que l'on doit se proposer est donc d'empêcher la *plaie intérieure* de se cicatriser et en même temps de chercher à combattre l'*état ulcéreux* de l'ouverture extérieure pour la mettre dans les meilleures conditions de cicatrisation.

Voici le procédé qu'il met en usage et qui n'est que celui de Deguise et de Béclard légèrement modifié : il perfore la joue de dehors en dedans au niveau de la fistule, puis à une certaine distance, de dedans en dehors et il introduit par la canule les deux extrémités d'un fil de fer : il sert ensuite, à l'aide d'un serre-nœud de de Græfe introduit dans la bouche et progressivement (3/4 d'heure), le pont de tissus compris dans l'anse métallique. La salive coule immédiatement dans la cavité buccale, mais pour s'opposer à la tendance cicatricielle de cette ouverture artificielle, il agit chaque jour avec le bec d'une sonde cannelée, rompt les adhérences et les bourgeons charnus de nouvelle formation et cherche en un mot à rendre cet orifice fistuleux.

De plus, il suit une marche toute opposée vis-à-vis de la plaie extérieure : il la cautérise, établit la compression et cherche à obtenir la cicatrisation. Par ce double *travail antagoniste* la salive finit par reprendre son cours normal.

6° Affections des vaisseaux.

Anévrysme cirsoïde. — *Injection de perchlorure de fer.* — M. Gosselin, depuis longtemps (*Mémoire sur les tumeurs cirsoïdes artérielles.* Arch. g. de méd., 1867) préconise, comme le font du reste MM. Verneuil, Broca, Giraldès, etc., les injections coagulantes de perchlorure de fer. Ce dernier doit être à 15 ou 20 degrés, au plus : s'il est plus fort, il est caustique et n'est plus seulement coagulant mais bien caustique. Avant l'injection, il interrompt autant que possible la circulation artérielle périphérique soit à l'aide des mains d'un ou de plusieurs aides, soit en imaginant des moyens compressifs (anneaux métalliques) qui varient selon les cas et la position de la tumeur. Les injections ne doivent se répéter que tous les quinze jours au plus et chacune d'elles est de quatre à cinq gouttes. Le trocart canule enfoncé à 5 ou 6 millimètres n'est retiré par lui que lorsque le coagulum est produit, c'est-à-dire au bout de 10 minutes. Par cette précaution, il évite l'écoulement sanguin. S'il survient des accidents locaux inflammatoires graves, des abcès circonscrits, des ulcérations, la crainte d'hémorrhagies foudroyantes l'engage à ne pas hésiter et à traiter par l'*incision* et les *cautérisations au fer rouge* qui agissent à la fois et comme moyen hémostatique et comme méthode curative.

Actuellement, dans le service de ce professeur à la Charité (9 novembre 1875), est couché un jeune homme d'une vingtaine d'années qui présente sur la région temporo-pariétale gauche une tumeur cirsoïde de la grosseur du poing et qui est en voie de traitement par le procédé indiqué plus haut. Le mal avait débuté par un simple nœvus congénital qui peu à peu s'était développé sans aucune cause traumatique et que le jeune homme avait écorché à différentes reprises : des hémorrhagies avaient lieu de temps en temps par ces petites excoriations; peu à peu, à la tumeur elle-même étaient venues se joindre les dilatations très-considérables non-seulement de la temporale et de l'occipitale (tronc et branches) du côté gauche, mais encore celles des troncs du côté opposé (pulsations et bruit du souffle intense). M. Delens commença le traitement par les injections coagulantes, en interrompant la circulation périphérique avec les mains d'aides, à chaque injection : il en fit plusieurs et aucun accident ne survint : lorsque nous vîmes le malade, la tumeur avait sensiblement diminué, des caillots s'étaient formés dans un grand nombre de vaisseaux dilatés et les mouvements d'expansion des artères temporale et occipitale s'étaient amoindris. M. Gosselin se proposait de continuer chez ce jeune homme le même mode de traitement, qui jusqu'à présent avait donné un assez bon résultat.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

—

De l'irrigation nasale ou naso-pharyngienne, et de son application au traitement des affections aiguës et chroniques des fosses nasales (1);

Par M. le docteur Constantin Paul, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté.

Le traitement préconisé par le Dr Constantin Paul est une application d'un procédé connu dans la science sous le nom d'*irrigation de Weber*.

Voici l'origine de cette pratique :

Le professeur de Leipsig faisant, en 847, des recherches sur les sens du tact, du goût et de l'odorat. Voulant impressionner la membrane de Schneider par des liquides froids ou chauds, il fit coucher un malade sur le dos et fit couler tout doucement de l'eau dans les narines; il s'aperçut que dans ce cas le voile du palais se fermait et que l'eau introduite par une narine s'élevait dans les deux cavités et ressortait par la narine opposée.

L'observation qu'il raconte est très-courte et je crois devoir en donner la traduction.

« Je dois faire remarquer, dit-il, que chez un homme adulte que l'on fait coucher sur le dos de manière que la tête appuie sur le lit et que les narines soient dirigées en haut, on peut remplir complétement les cavités nasales avec de l'eau, sans qu'il en coule dans le pharynx au-delà du voile du palais, et sans que la respiration par la bouche soit entravée. Quand on introduit l'eau par une narine, la cavité du côté opposée se remplit également, parce que le liquide qui remplit l'une des fosses nasales passe par-dessus le voile du palais pour gagner la fosse nasale voisine. L'eau monte dans les deux narines jusqu'au bord, et pendant la respiration montre une surface alternativement convexe et concave. On voit alors que le voile du palais peut fermer le pharynx au milieu d'une manière telle que l'eau ne puisse pas tomber, si nous ne changeons pas par la volonté cette direction du voile du palais. On n'est pas gêné pour parler pendant que les deux cavités nasales sont remplies d'eau. La capacité de mes deux cavités nasales mesurée par la quantité d'eau nécessaire pour les remplir a donné pour une première expérience 16cc,6, et dans une seconde, 17cc,2. Chez un jeune homme de 16 ans, elle donna, dans une première expérience, 8cc,3, et dans une seconde, 11cc,7. Je me sers, pour remplir d'eau la cavité nasale, d'un tube de verre rempli d'eau et effilé en pointe que je ferme avec le doigt et que j'ouvre quand la pointe se trouve près de l'ouverture de la narine.

» J'ai fait ces recherches avec de l'eau qui avait de 0 à 40 degrés Réaumur, le plus souvent, avec des températures de 38, 35, 32, 31, 30, 29, 12 et 4 degrés Réaumur. Après toutes ces expériences, l'odorat a été perdu pour un certain temps (1). »

Édouard-Henri Weber ne songea pas à tirer parti de cette découverte pour la thérapeutique. Il lui suffisait de montrer que le contact de l'eau, quelle que fût sa température de 0 à 40 degrés, déterminait par sa présence la clôture des fosses nasales postérieures. Il avait remarqué que cette eau supprimait pour un temps l'odorat, même quand elle n'avait séjourné qu'un instant, et que sa température était exactement celle du corps.

Ce n'est que peu de temps après que son frère, Th. Weber (de Halle), fit l'application de cette découverte à la thérapeutique. Il se servait, à cet effet, d'un siphon terminé par une olive en corne. J'ajouterai tout de suite que, malgré tout ce qui a été fait depuis, ce procédé de Th. Weber est encore le meilleur. Nous laissons de côté la question historique, peu faite pour intéresser nos lecteurs, pour ne nous occuper de la méthode qu'au point de vue essentiellement pratique.

(1) Lecture faite à la *Société de thérapeutique*.

(1) E. H Weber, *Ueber den Einfluss der Erwarmung und Erkaltung der Nerven auf ihr Leitungsvermogen*, in *Muller's Archiv*, 1847, p. 351 et 352.

1° Quelle est la meilleure position à donner aux malades?

Tudichum, suivant à la lettre l'expérience de Henri Weber, mettait ses malades sur un lit. C'est une pratique qu'il ne faut pas imiter. Nous avons l'habitude de laisser les malades debout, la tête penchée en avant, de manière que les narines occupent la partie la plus déclive des fosses nasales. Nous utilisons de cette manière la pesanteur, qui accélère le courant de sortie dans la fosse nasale parcourue par une veine liquide récurrente.

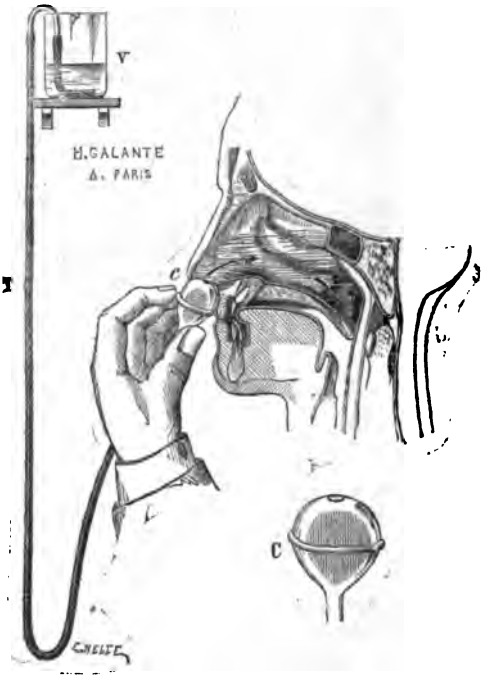
Il ne faut pas oublier que les malades qui réclament ce genre de traitement ne sont presque jamais alités et que c'est une simplification que de n'avoir pas à les faire déshabiller. Nous avons appliqué bien des fois ce traitement à des malades de l'extérieur de l'hôpital, et il nous suffisait de les mettre debout en présence de l'appareil. C'est aussi la pratique que l'on doit suivre dans les établissements d'eaux minérales. C'est ainsi que procèdent M. le docteur Tillot, médecin inspecteur des eaux de Saint-Christau, et M. Alvin, médecin au Mont-Dore;

2° Quel est le meilleur appareil pour faire l'irrigation?

Nous répondrons à cet égard que rien n'a été fait de mieux que le siphon de Thomas Weber dont je présente un modèle perfectionné par MM. Galante et Fauvel. Il se compose d'un tube en caoutchouc de 1m,50, d'un petit tube recourbé, en cuivre ou en caoutchouc durci, qui s'appliquera sur le bord du récipient et d'un tube de caoutchouc de 20 centimètres de long destiné à plonger dans le liquide. Enfin l'extrémité nasale du tube se termine par une ampoule, comme dans l'appareil de Weber, avec cette différence que M. Fauvel a remplacé l'ampoule de corne par une ampoule de verre. Nous avons vu que M. Alvin a muni ces appareils d'un robinet; cela peut être utile dans un établissement public, comme un établissement thermal, mais dans la pratique civile cela n'a aucune utilité, car en pressant le tube de caoutchouc on empêche l'eau de s'échapper.

L'autre appareil dont je me sers est l'irrigateur Eguisier, employé également par mon collègue M. Duplay, comme par MM. Gailleton et Maisonneuve.

Voici dans quelles circonstances je choisis l'irrigateur Eguisier. Lorsque j'ai à traiter une affection aiguë et passagère des fosses nasales, le coryza, par exemple, je suis mal venu à proposer aux malades l'acquisition d'un appareil spécial, dont ils craignent de mal se servir et dont la dépense, bien que minime, n'est pas toujours bien accueillie.



En pareil cas, je me borne à faire acheter une canule anale ordinaire en os. Je la fais garnir de linge pour lui donner un volume suffisant pour obturer la narine, et je prescris l'emploi de l'irrigateur. On peut encore adapter tout simplement l'ampoule au tube de l'irrigateur au moyen d'un petit morceau de tube en caoutchouc.

L'expérience m'a appris que le meilleur débit s'obtenait, en pareil cas, en tournant le robinet de l'irrigateur jusqu'à moitié de sa course.

Le malade une fois installé, le visage au-dessus d'une cuvette, le siphon ou l'irrigateur amorcé, on applique l'ampoule sur la narine la moins malade et l'on ne tarde pas à voir le liquide entrant par une narine sortir par l'autre et former un jet très-régulier entraînant les produits de sécrétion contenus dans les fosses nasales.

Que se passe-t-il dans cette opération? Le liquide passe-t-il d'une narine dans l'autre par le seul fait qu'il rencontre l'orifice postérieur des fosses nasales à un niveau inférieur à celui du pharynx? ou bien les fosses nasales sont-elles fermées en arrière par un phénomène actif, la contraction du voile du palais et du constricteur supérieur du pharynx?

On sait déjà, par l'expérience rapportée plus haut, dans laquelle le malade est couché, que ce n'est pas une question de déclivité simple et qu'il y a une contraction musculaire mise en jeu. Du reste, le fait que l'injonction poussée avec force ne pénètre pas dans la gorge est une preuve de plus à l'appui de cette explication.

Quels sont donc les muscles qui font cet office d'une occlusion si complète?

Ce sont d'abord le constricteur supérieur du pharynx, puis les pharyngo-staphylins, les péristaphylins internes, et enfin les palato-staphylins ou redresseurs de la luette. Cela ressort des expériences de M. Duchenne (de Boulogne).

Au premier abord, on est étonné de la facilité du résultat, et les malades qui n'en sont pas toujours convaincus ou qui sont pusillanimes se prêtent quelquefois mal à ce traitement. Rien n'est plus simple que de les aider.

Il suffit de leur prescrire de respirer uniquement par la bouche. De cette manière ils commandent volontairement l'occlusion postérieure des fosses nasales et l'injection passe facilement sans tomber dans la gorge. On leur commande ensuite de respirer longuement d'une manière régulière, on peut même les faire parler sans déranger l'irrigation.

Quand les malades ne paraissent pas convaincus, je répète l'expérience sur moi-même et ils se décident ensuite facilement.

Un autre problème se présente maintenant.

3° Dans cette injection, jusqu'où pénètre le liquide ? Va-t-il remplir l'antre d'Hygmore, les sinus frontaux, la trompe d'Eustache, le canal nasal ?

Nous avons, à cet égard, deux ordres de renseignements. Je dirai d'abord que le liquide ne pénètre pas dans les trompes d'Eustache et par là dans la caisse. J'en suis sûr, parce que je sais faire très-facilement l'insufflation des caisses même sans me boucher les narines, en abaissant simplement la mâchoire inférieure et en soufflant par les narines. J'ai parfaitement la sensation de l'entrée de l'air, et j'aurais certainement celle de l'entrée de l'eau, car il est très-facile de reconnaître la présence de l'eau dans la caisse, après un bain froid par exemple.

Quant à ce qui concerne l'entrée de l'injection dans l'antre d'Hygmore, je serais moins affirmatif, mais je ne crois pas que l'injection y pénètre ordinairement ; d'une part on n'en a pas la sensation, et d'autre part, quand on cesse l'injection et que les fosses nasales se vident, elles se vident en une fois et non pas en plusieurs jets, comme cela aurait lieu si l'on vidait en même temps une arrière-cavité, celle de l'antre d'Hygmore par exemple.

Quant à ce qui concerne le canal nasal, et surtout les sinus frontaux, c'est le contraire; on voit quelquefois pendant l'injection le mucus nasal refoulé dans le sac lacrymal et sortir par les points lacrymaux. J'ai utilisé cette propriété de l'irrigation dans un cas de catarrhe du canal nasal, comme on le verra plus loin.

D'autre part, j'ai répété plusieurs fois l'expérience de Henri Weber en remplissant doucement les fosses nasales, en versant de l'eau avec une pipette par une narine, et j'ai constaté comme lui que l'occlusion se fait très-bien et que le malade peut respirer facilement et même parler.

Je diffère pourtant d'opinion sur un point avec Henri Weber. Cet observateur

a remarqué que le liquide qui, dans ces cas, remplit les narines subit des alternatives de dépression et d'élévation; il ajoute que d'ordinaire ces mouvements du liquide coïncident régulièrement avec l'inspiration et l'expiration. Je pense que c'est là une erreur, et, pour ma part, je les crois en rapport avec les battements du pouls. Ils semblent produits par des variations d'intensité dans la contraction musculaire; aussi les voit-on persister quand on fait suspendre la respiration.

Nous avons à examiner maintenant quelles sont les maladies dans lesquelles il convient d'employer ces irrigations et quelles sont les qualités que doit présenter le liquide.

Les maladies contre lesquelles on a surtout employé ces irrigations sont nombreuses; je parlerai ici surtout de celles que j'ai traitées, et qui sont : l'ozène, le lupus du nez, les rhinites chroniques, l'eczéma du nez, le coryza aigu.

L'ozène et le lupus scrofuleux sont remarquablement améliorés par ces injections, et si l'on emploie des substances antiseptiques, on a bientôt fait disparaître l'odeur affreuse que répandent ces malades. J'ai employé, pour ma part, avec succès la solution d'hyposulfite de soude à 5 pour 100 et l'hydrate de chloral dissous à 1 pour 100. M. Duplay emploie souvent les eaux minérales sulfureuses naturelles ou artificielles. Nous avons vu M. Gailleton employer les astringents, le sel marin, les sulfureux et les cathérétiques, sulfate de zinc et nitrate d'argent. M. Tillot emploie les eaux sulfureuses (source du Pêcheur) et cuivreuses (source des Arceaux) de Saint-Christau, M. Alvin celles du Mont-Dore, et nous savons que d'autres eaux minérales sont employées de la même manière, les eaux d'Uriage par M. Doyon, celles de Salies de Béarn par M. Coustallé de Larroque.

Le coryza chronique est traité avec succès par les irrigations sulfureuses. Je renvoie pour cela à l'excellent article de M. Duplay (*Traité de pathologie externe*, p. 790 et suiv.) et à l'article de M. Tillot publié dans le numéro 2 des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (publiées par MM. Ladreit de Lacharrière, Isambert et Krishaber). M. Tillot a cru devoir y joindre la pulvérisation des eaux de Saint-Christau.

J'insisterai à cet égard comme M. Tillot pour faire observer que ces rhinites chroniques sont souvent des affections dartreuses, ainsi que l'avait signalé mon très-regretté maître Trousseau, après J. Franck.

Il va de soi que ce traitement pourrait être employé avec avantage contre les ulcérations syphilitiques du nez.

J'arrive enfin à deux affections beaucoup moins graves et que j'ai combattues efficacement par l'irrigation; ce sont : le coryza aigu et le catarrhe chronique du canal nasal.

J'ai eu à traiter l'année dernière une dame atteinte d'épiphora des deux yeux. Les larmes remplissaient la partie inférieure des conjonctives et s'écoulaient sur la joue. Les conduits destinés à transporter les larmes dans les fosses nasales étaient obstrués par une sécrétion catarrhale abondante qui remplissait toute la longueur de ces conduits jusqu'aux points lacrymaux. J'eus l'idée de combattre cette affection par des irrigations tièdes et j'eus la satisfaction de voir la maladie s'améliorer promptement : le canal nasal devint perméable, les sacs lacrymaux se dégonflèrent et le courant des larmes put se rétablir dans l'espace de deux ou trois semaines. Les irrigations furent faites avec de l'eau froide contenant 5 pour 100 d'hyposulfite de soude.

Quant à ce qui concerne le coryza aigu, j'étais le plus souvent désarmé, comme mes confrères, et réduit à faire de la diète et l'aspiration de vapeurs émollientes. Depuis deux ans que j'ai adopté les injections d'eau tièdes à 35 ou 36 degrés, j'ai pu voir le coryza aigu guérir rapidement, et surtout le mal de tête disparaître souvent à la première douche.

On peut donc voir par ce résumé que l'irrigation naso-pharyngienne, pratiquée soit par un siphon, soit par un irrigateur, est une opération des plus simples, et qu'elle est applicable non-seulement aux cas menaçants ou graves, mais encore

aux affections les plus légères, en un mot qu'elle doit faire partie de la pratique journalière de la thérapeutique.

De l'herpétisme.

Eczéma simulant une dyspepsie et un catarrhe de la vessie ; guérison.

A une époque assez rapprochée de nous, l'anatomie pathologique fut considérée comme la pierre angulaire de la médecine et devait, dans la pensée de ses promoteurs, projeter sur la science une lumière nouvelle et inattendue.

Mais on ne tarda pas à se convaincre que ces belles promesses étaient des illusions et que, dans de nombreuses circonstances, dans les maladies chroniques surtout, l'anatomie pathologique n'éclairait qu'une partie affaiblie du tableau, et qu'en dehors et au-dessus d'elle planait *un quelque chose* que ne pouvaient découvrir ni les réactifs, ni le scalpel, ni le microscope.

Nous n'entendons pas parler ici des maladies sans lésion de tissus, comme les névroses, parce que notre thèse serait trop facile, mais de celles, et elles sont nombreuses, qui offrent des altérations, soit des liquides, soit des solides, et sur lesquelles, par conséquent, l'anatomie pathologique a pu porter ses investigations.

L'examen de cette immense question de pathologie générale exige des développements impossibles dans les limites d'un journal et des loisirs incompatibles avec les occupations journalières d'un praticien.

Cependant je veux joindre ma note, quelque humble qu'elle puisse être, aux voix autorisées qui proclament que dans une foule d'affections il y autre chose qu'une simple lésion anatomique, et, pour mon thème, je prendrai la dermatologie, et plus spécialement l'eczéma.

Comme on doit le penser, je ne perdrai pas mon temps à décrire la physionomie de l'eczéma, que tout le monde connaît parfaitement ; mais je m'arrêterai au caractère voyageur qu'il présente souvent, et je me demanderai si ce caractère peut s'expliquer par la seule lésion, soit des conduits sudorifères, soit dans le réseau de Malpighi, soit dans les glandes cébacées, soit enfin dans l'appareil vasculaire du derme, car le siége anatomique de l'affection change avec chaque auteur; de plus, pour rentrer dans la pratique, je me demanderai si le soufre, spécifique de l'eczéma, porte son action sur le derme, ou s'il n'agit pas plutôt sur ce quelque chose qu'on appelle *herpétisme, principe herpétique*, et qui permet à l'eczéma d'aller, presque sans motif, de la peau aux muqueuses, et réciproquement.

Le caractère voyageur de l'eczéma n'est mis en doute par personne, et tous les praticiens savent que lorsqu'on chasse l'affection sur un point, elle apparaît bientôt sur un autre. Si l'eczéma était une affection purement locale, une simple lésion d'une partie du tégument, il suffirait de la combattre sur place, sans recourir à une médication interne et générale ; les émollients et les astringents suffiraient dans la majorité des cas, et il ne serait pas nécessaire de recourir aux dépuratifs, ou, mieux, à des spécifiques.

Sans l'influence d'une cause qui ne tombe pas sous le scalpel, il est impossible d'expliquer la migration de l'eczéma, non-seulement d'un point à un autre de la peau, mais encore d'un point de la peau à une muqueuse, quelquefois très-éloignée.

Sans l'influence de la même cause, il est également impossible d'expliquer comment le même agent modifie des manifestations morbides très-différentes et arrive, comme on va le voir dans l'exemple que nous allons rapporter, à faire disparaître tout à la fois une double affection simulant d'un côté le catarrhe de la vessie et de l'autre une dyspepsie avec pyrosis.

Cette observation est instructive sous tous les rapports et légitime le soin avec lequel je demande la permission de la rapporter.

M. X..., vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, mais d'une bonne

constitution d'ailleurs, éprouva, presque subitement, à la suite de quelques excès de table, des troubles du côté des voies digestives et du côté des voies urinaires.

Les premiers se traduisaient par un sentiment de chaleur et de brûlure à l'estomac, après l'ingestion des aliments : les mets épicés, les acides, les liqueurs, le vin même étaient devenus impossibles, tant ils exaspéraient les phénomènes du pyrosis ; en même temps et comme conséquence nécessaire, les digestions étaient devenues difficiles et la nutrition incomplète.

Du côté des voies urinaires, les troubles simulaient, à s'y méprendre, tous les symptômes d'un catarrhe de la vessie : besoins fréquents d'uriner, cuisson et douleur au moment de la miction, enfin urines chargées de mucosités et quelquefois même de glaires.

Ni l'âge du malade, qui éloignait la pensée d'un catarrhe vésical, ni l'insignifiance de la cause première de tous ces accidents ne purent éclairer le diagnostic des premiers médecins qui furent consultés : tous ne virent que l'existence simultanée d'une dyspepsie et d'une cystite chronique, et tous ordonnèrent les eaux alcalines.

Le malade tenta deux fois cette médication, une fois à Pougues et une autre fois à Vichy; dans ces deux tentatives, le traitement ne put jamais dépasser quelques jours, tant les douleurs gastriques et vésicales devenaient épouvantables.

Ce fut alors qu'il vint me consulter.

Une cystite chronique, que rien n'expliquait chez un homme de vingt-quatre ans, la prédominance du symptôme pyrosis dans une dyspepsie déterminée par quelques excès passagers de table, enfin et surtout les insuccès avec aggravation des accidents éprouvés aux eaux alcalines de Pougues et de Vichy, me firent penser que le catarrhe vésical et la dyspepsie étaient des manifestations différentes d'une même cause, et que l'un et l'autre étaient sous la dépendance d'un même principe que le caractère des symptômes m'indiqua devoir être le principe herpétique.

En interrogeant et en examinant avec soin le malade, je découvris au pourtour de l'anus des traces manifestes d'un ancien eczéma, dont le patient, d'ailleurs, avait gardé le souvenir des démangeaisons qu'il lui avait occasionnées.

Mon diagnostic était fixé.

Malheureusement, nous étions dans le mois de décembre, et il n'était pas possible de songer à envoyer le malade aux Pyrénées avant la belle saison. Je tentai d'y suppléer par l'eau transportée.

De toutes les eaux sulfureuses, celle de Saint-Honoré m'offrait les garanties les plus sérieuses, tant par sa composition que par sa parfaite conservation loin de la source

Je résolus de l'employer.

Pendant un mois, j'en fis boire la valeur d'une bouteille par jour, d'abord coupée avec du lait et ensuite toute pure.

L'amélioration fut rapidement sensible; du côté de l'estomac, les digestions furent les premières à se rétablir, pendant que le pyrosis diminuait d'intensité; du côté de la vessie, les modifications furent encore plus rapides, car les besoins d'uriner, qui, au début, allaient à dix et douze fois par nuit, étaient réduits de plus de la moitié à la fin du premier mois de traitement ; les douleurs de la miction avaient disparu, et les urines avaient cessé de charrier des matières glaireuses.

La médication par les eaux de Saint-Honoré, fut continuée, comme il est dit plus haut, pendant une partie de l'hiver, reprise pendant un mois au printemps, à titre de précaution, car, depuis longtemps, dyspepsie et catarrhe vésical avaient disparu.

Dans ce fait intéressant, il est incontestable que nous avons eu affaire à ce que les anciens appelaient une *répercussion* et que nous désignons aujourd'hui par le mot générique d'*herpétisme*.

Sans doute, et nous sommes loin de le contester, les muqueuses stomacale et vésicale portaient une lésion : mais cette lésion était si peu la maladie, que, pour la vaincre et en venir à bout, il a suffi d'un agent sulfureux, inutile dans la dyspepsie, dangereux dans la cystite, mais jouant le rôle prépondé-

rant dans le traitement et l'herpétisme.

Reconnaissons donc que la pathologie, surtout la pathologie des maladies chroniques, n'est pas tout entière dans la lésion des tissus, et que la clinique a l'obligation de voir plus haut et plus loin que l'anatomie pathologique.

Dr Emile Bégin.

OBSTÉTRIQUE.

Deux cas d'inversion de l'utérus.

Les cas d'inversion de l'utérus, suites de couches, sont assez rares. Dans le cours d'une carrière déjà longue nous n'en avons rencontré qu'un seul exemple, que nous relaterons bientôt. Cette observation est, croyons-nous, l'unique de son genre qui ait été enregistrée. Pour le moment, nous nous proposons de donner à nos lecteurs la relation d'un fait que nous traduisons du *New York medical Journal*. La narration en sera peut-être trouvée un peu longue, mais cette observation est si intéressante et si pleine d'enseignements, que nous avons cru bon de la reproduire presque textuellement.

Inversion de l'utérus datant de deux ans. — Deux tentatives de réduction stériles. — Injections vaginales d'eau chaude. — Succès complet d'une troisième tentative.

Le 6 janvier dernier, écrit le Dr Dawson, Mme R... me fut adressée par le Dr Bourk, pour contrôler son diagnostic et conseiller un traitement. Cette dame, d'une forte constitution, est âgée de 38 ans; elle est mère de 5 enfants. Son affection date de sa dernière couche remontant à deux ans, et au sujet de laquelle elle me fournit les renseignements suivants :

Le 5 février 1873, elle mit au monde, sans trop de difficulté, son cinquième enfant. En opérant la délivrance, son accoucheur lui causa une vive douleur en tirant sur le cordon. Ce fut en vain que la patiente poussa des cris, en le priant de s'arrêter. En même temps se déclarait une hémorrhagie. Mme R... perdit connaissance, et chacun la crut perdue. Au bout de quelques jours, elle était dans un tel état de prostration, que les médecins mêmes la considèrent comme sans espoir.

Elle continua à perdre du sang en abondance et il se produisit à la vulve une volumineuse tumeur qu'on essaya à plusieurs fois de réduire. Il y eut aussi une rétention d'urine pendant une quinzaine de jours.

Trois mois après l'accouchement, la position de la malade s'améliora; elle perdait moins de sang, éprouvait moins de souffrances. En même temps, sur le conseil de son médecin, elle fit usage de lotions et injections vaginales qui semblèrent modérer la perte de sang.

Cet état de choses se prolongea pendant un an, la malade perdant constamment des eaux rousses, contenant, de temps à autre des grumeaux de sang.

La tumeur cependant était devenue la source de bien des misères, prolabant au moindre effort, et nécessitant le séjour au lit, et l'intervention du mari, pour en opérer la réduction.

En février 1874, l'hémorrhagie se reproduisit avec une grande intensité, et continua sans amélioration jusqu'en avril, où elle se suspendit pendant quelques jours, pour reprendre ensuite, non moins profuse, pendant plusieurs semaines. La malade en fut épuisée à ce point, qu'elle ne pouvait lever la tête de dessus son oreiller. Les médecins essayèrent de nouveau, mais sans succès, d'arrêter l'hémorrhagie au moyen d'injections vaginales, et de tampons de linge.

Cet état continua jusqu'à la fin de novembre 1874, époque à laquelle Mme R... consulta le Dr Bourk. Ce médecin, après avoir examiné la malade, déclara à ses confrères qu'elle était affectée d'une inversion de l'utérus. En décembre, nouvelle consultation, à la suite de laquelle je fus à mon tour consulté.

Le 6 janvier, je constatai une inversion complète de l'utérus. Cet organe remplissait la totalité du vagin; il était dur, sai-

gnant aisément, et d'une extrême sensibilité. L'anneau formé par la portion vaginale du cervix était mince, et ne paraissait pas serrer fortement la tumeur. La réduction ne devait pas être trop difficile. J'affirmai donc à la malade et à son mari que la guérison pouvait être obtenue, si elle consentait à subir un traitement. Ma proposition ayant été acceptée, je pris conseil du professeur Thomas, qui partagea mon avis, et considéra ce cas comme curable, bien qu'il datât de deux ans.

Le 13 janvier, la patiente étant éthérisée, je procédai à l'opération. Mon but était de me borner au simple taxis. A cet effet, une main engagée dans le vagin, embrassa avec les doigts la tumeur, la refoulant vers l'anneau, dilatant ce dernier, et remontant l'organe. En même temps, une contre-pression était faite au travers de la paroi abdominale, pour maintenir ce dernier, et éviter la rupture du vagin. Lorsque j'étais fatigué par ces efforts, j'étais suppléé par les docteurs Bourke et Nicoll. Après deux heures 1/2 de tentatives infructueuses, la malade fut replacée au lit.

Trois jours après, seconde tentative; mais après deux heures de manipulations, l'utérus était devenu œdémateux. Nous résolûmes, en conséquence, de donner quelques jours de repos à la malade, et de soumettre les parties à l'usage constant de douches vaginales chaudes.

Cette double tentative ne fut suivie ni de fièvre, ni de douleur, ni d'hémorrhagie, ni de vomissements.

Le 18 janvier, je songeai à en effectuer une troisième, mais je compris bientôt qu'il serait avantageux, tant pour moi que pour la malade, de soumettre plus longtemps l'utérus à l'action de l'eau, afin de l'assouplir davantage.

Une semaine entière fut accordée à la malade, et le 25 janvier mes manœuvres furent reprises. Je comptais utiliser le repoussoir du professeur White, mais je n'en eus pas besoin. Je ne tardai pas, en effet, à m'apercevoir que le succès allait enfin couronner mes efforts. L'anneau cervical était dilaté et dilatable; l'utérus souple et flexible. Par un léger effort, le fond de l'utérus me semble devoir être refoulé au-delà de l'anneau cervical.

Au travers de la paroi abdominale le doigt pouvait aisément pénétrer dans la dépression formée par l'inversion.

En nous relevant les uns les autres, nous réussîmes, au bout d'une heure vingt minutes, à repousser perpendiculairement le corps de l'utérus au-delà de l'anneau constricteur. J'étais sur le point d'en rester là, lorsque la trompe gauche se réduisit à son tour sous la pression de mon pouce. La réduction était parfaite. Cet excellent résultat constaté par mes confrères, la malade fut remise au lit. Des linges chauds furent appliqués sur l'abdomen, et, lorsque se furent dissipés les effets de l'anesthésie, la quinine et la morphine furent administrées pour prévenir la douleur et la fièvre.

La malade, venue exprès en cette ville pour se confier à mes soins, la quitta six jours après la réduction. Une lettre que j'ai reçue d'elle, le 22 février, m'a fait savoir que l'état de sa santé ne laisse plus rien à désirer.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans ses considérations étiologiques. Qu'il nous suffise de dire qu'il attribue, avec raison, l'accident dont il s'agit à des tractions trop énergiques effectuées sur le cordon.

Il fait ensuite ressortir les excellents effets des douches vaginales chaudes, auxquelles il attribue, à juste titre, la part la plus large dans le succès obtenu après l'échec de deux longues et pénibles tentatives antérieures. En pareil cas, ce moyen agit en assouplissant l'organe, et en diminuant les dangers de l'inflammation, que ne sauraient manquer de provoquer ces laborieuses manœuvres.

II. *Inversion de l'utérus datant de plus d'un mois, guérie par la production d'un tampon stercoral.*

Le fait que je vais maintenant rappeler en peu de mots, n'est pas moins intéressant, dans un autre genre, que celui dont je viens de donner la relation détaillée. Bien que remontant à l'année 1855, cette

observation n'a encore rien perdu de son intérêt.

La femme Ollivier avait été accouchée par une sage-femme, dans les premiers jours de novembre. Depuis le moment de sa délivrance, il s'était déclaré une métrorrhagie, remarquable plutôt par sa continuité que par son abondance.

Le 6 décembre je trouvai la malade dans un grand épuisement, et présentant tous les caractères d'une profonde anémie. Col de l'utérus largement ouvert, encadrant une surface chagrinée, qui ne pouvait être que le fond de l'utérus inversé. La dépression de cette partie de l'organe était aisément constatée par le palper abdominal.

Trois tampons sont posés jusqu'au 11 décembre, sans aucun résultat au point de vue de la réduction non plus qu'à celui de l'hémostase. Les manœuvres digitales effectuées à diverses reprises restent également sans effet. Médication fortement tonique.

Je commençais à éprouver de vives inquiétudes sur les suites de cette affection, quand, le 13 décembre, je constatai chez ma malade des conditions toute particulières, que je considérai bientôt comme providentielles.

Ce jour-là, j'eus peine à faire parvenir le doigt jusqu'au col de l'utérus. La cause de cette étroitesse du conduit vaginal tenait à une énorme accumulation de matières fécales, qui remplissaient toutes la concavité du sacrum. Comme conséquence physique de cet encombrement du gros intestin, l'utérus avait été refoulé vers l'arcade pubienne. La palpation abdominale permettait de constater à la région hypogastrique la présence de cet organe, devenu dur et globuleux.

Le toucher décélait le rapprochement des lèvres cervicales, entre lesquelles il était seulement possible d'introduire l'extrémité du doigt.

J'engageai la malade à résister encore un ou deux jours au pressant besoin de satisfaire à la défécation qu'elle éprouvait, lui faisant comprendre l'utilité de ce tampon d'un nouveau genre. Elle eut le courage de se conformer à ce conseil.

Le 16 décembre, je trouvai le col de l'utérus fermé, et la réduction parfaite.

La métrorrhagie était à jamais réprimée.

Le rétablissement de la femme Ollivier a été assez rapide.

Le côté intéressant de cette observation tient surtout au mode, on peut dire, providentiel dont s'est servie la nature, pour obtenir la guérison d'une affection contre laquelle j'avais vu échouer les moyens les plus rationnels.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Sur quelques symptômes graves que peut déterminer la constipation. — Personne n'ignore que des excréments durcis et arrondis, qu'on appelle des *scybales*, peuvent, par leur présence prolongée dans le tube digestif, causer, quoique d'une manière indirecte, des troubles fonctionnels plus ou moins graves. Une observation de ce genre n'apprendrait donc rien de nouveau. Cependant comme les journaux n'en parlent presque jamais, et ensuite, comme la présence des scybales dans les intestins, quoique très-fréquente, ne donne pas toujours lieu aux mêmes phénomènes et peut, dans certains cas, par suite de l'intensité et de la nature même de ces derniers, échapper à l'investigation du praticien, nous ne croyons pas inutile d'en dire quelques mots, ne serait-ce qu'eu égard à cette dernière considération. L'observation suivante est en effet un cas de ce genre. Un de nos malades, porteur de scybales, nous laissa, à cause du petit volume de ces derniers, de l'embonpoint du sujet et du cortége insolite des phénomènes symp-

tomatiques qui obscurcissaient singulièrement le diagnostic, nous laissa, disons-nous, pendant un mois entier, malgré tous nos efforts pour trouver la source des maux alarmants, dans l'ignorance complète du mal dont il était atteint.

Le 1er décembre, en effet, le sieur Gouges vint me consulter pour une douleur de côté. C'est un homme de quarante-cinq ans, d'un tempérament bilieux et d'une très-bonne constitution. « C'est la première fois dans ma vie, me disait-il, que j'ai recours à un médecin, car je n'ai jamais été malade. » Il n'avait aucune affection diathésique ni héréditaire. L'auscultation me donna des signes négatifs. La douleur du côté par son trajet perpendiculaire excluait aussi une névralgie intercostale; je ne pouvais pas non-plus admettre une pleurodynie, car ni la toux ni les mouvements, pas même la pression n'augmentèrent la douleur. Ne connaissant pas la nature du mal et croyant à quelque chose de passager, j'ai conjédié mon malade en lui recommandant le repos et en lui assurant que cela ne serait rien.

Quelques jours après, le malade revint, me disant que la douleur avait changé plusieurs fois de place, se fixant tantôt sur l'épaule droite, tantôt sur le flanc du même côté; que l'estomac lui semblait être gonflé; qu'il sentait un poids dans cette région et que s'il pouvait rendre des vents, il se sentirait soulagé. Je lui ai prescrit une potion composée d'eau de fleur d'oranger et de sirop de menthe, et des poudres composées de bicarbonate de soude, de magnésie et de craie préparée à prendre avant le repas. Au bout de quelques jours le malade se trouva un peu mieux; cependant la douleur sans être aussi forte, n'en persista pas moins, et, sans changer de place, occupa d'une manière fixe la région du grand cul-de sac de l'estomac.

Tout à coup, le 16 décembre, on vint me chercher en toute hâte auprès du malade qui, disait-on, avait eu une attaque. J'y accours : je trouve le sieur Gouges déjà debout, mais excessivement pâle, respirant à peine et prononçant d'une voix faible ce seul mot: « J'étouffe ». Les pieds, les mains, toutes les parties éloignées du centre circulatoire sont glacés; la région supérieure de l'hypogastre est soulevée par des battements très-violents. J'y applique l'oreille, mais je n'y constate pas autre chose que ce que les yeux venaient de voir. Je me livre alors à l'auscultation minutieuse de la région cardiaque; mais les battements du cœur, tout à fait indépendants des premiers, sont au contraire faibles et moins précipités qu'à l'état normal; il n'y avait que 52 pulsations. Sans pouvoir me rendre un compte exact des causes de cette fausse attaque, ou mieux dire de cette forte lipothymie, et me basant seulement sur l'état du cœur et le refroidissement des extrémités, je fis coucher le malade dans un lit préalablement réchauffé, je lui fis appliquer aux mains et aux pieds des fers à repasser également réchauffés, je lui donnai un petit verre d'anisette que je trouvai sous la main, et enfin, je lui fis frictionner la région précordiale avec du vinaigre. Dix minutes après, tous les phénomènes alarmants disparurent, il ne resta qu'un peu de fatigue et une gêne, mais très-faible au niveau de l'estomac, où le malade se plaignait avoir toujours un poids, en demandant de nouveau quelque chose pour les vents.

Dans notre pensée, quoique nous n'ayons constaté aucun trouble dans les voies digestives et que le malade n'ait jamais rendu des gaz, ni par la bouche ni par l'anus, nous avons cependant attribué tous ces troubles à des flatuosités entretenues sans doute par un état nerveux, n'ayant pas de raisons suffisantes pour les mettre plutôt sur le compte d'une atonie stomacale ou de toute autre cause. En conséquence, nous avons prescrit une potion composée d'extrait de valériane, d'éther, de menthe et de fleur d'oranger, un lavement à l'asa fœtida et la continuation des poudres absorbantes. Après le lavement et quelques cuillerées de la potion le malade sentait diminuer un peu son poids gastrique; mais, malgré la continuation de ces remèdes, le mal non-seulement ne disparaissait pas totalement, mais encore chaque jour il y a eu, une, quelquefois deux exacerbations de dix à quinze minutes chacune.

Le 28 décembre, au soir, je suis appelé pour une seconde soi-disant attaque. Comme la première fois je ne trouve nulle part de lésion pouvant expliquer des phénomènes aussi accentués et aussi alarmants. Croyant toujours, sans cependant avoir des preuves suffisantes, à l'existence des gaz dans l'intestin, je fis donner au malade, dès qu'il fut un peu mieux, un lavement avec une forte poignée de sel de cuisine, suivi, au bout d'une demi-heure, d'un second avec 40 centigrammes d'éther. Ces lavements produisirent un soulagement beaucoup plus notables que les remèdes primitivement employés, mais ils ont eu l'avantage d'éclairer le diagnostic. En effet, le malade avait rendu avec les lavements, à côté des gaz en assez grande quantité, plusieurs boules stercorales très-dures. C'était le corps du délit et, ne doutant plus dès lors de la nature du mal, j'ai continué pendant quelques jours à purger le malade, abandonnant tous les autres remèdes, jusqu'à disparition complète des boules dans les selles. Les lipothymies, les douleurs, le poids gastrique, tous les phénomènes enfin qui m'embarrassèrent tant au début, disparurent peu à peu à mesure que le malade rendait ces scybales, et finalement il finit par se rétablir tout à fait.

Cette observation prouve une fois de plus combien des troubles fonctionnels, très-alarmants en apparence, peuvent coexister avec des lésions peu profondes, et combien le praticien doit s'appliquer à la recherche des causes occasionnelles d'une affection avant d'instituer un traitement définitif. Les tumeurs stercorales en effet étaient très-petites et n'empêchèrent pas le malade d'aller tous les jours à la garde robe. Elles étaient cependant la cause de la formation des gaz qui, distendant les intestins, refoulèrent le diaphragme, et le cœur, ainsi comprimé et gêné dans ses fonctions, jetait le malade dans un état qui, s'il s'était prolongé, pouvait avoir de graves conséquences.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

Du Silphium. — Depuis quelques mois, Paris et la province reçoivent à profusion une petite brochure-prospectus destinée à répandre l'emploi du *silphium*, qui produirait dans les maladies de poitrine et de la gorge les effets les plus remarquables. Hélas ! il y a lieu de craindre que ces belles espérances ne soient déçues, et que nous n'ayons pas encore mis la main sur le spécifique de la phthisie, si spécifique il y a.

Le docteur Laval, médecin militaire, dont la vie a été très-accidentée et qui est mort en Cyrénaïque, au champ d'honneur, en allant étudier et soigner les pestiférés, le docteur Laval aurait retrouvé dans une ombellifère croissant près des ruines de Cyrène (aujourd'hui situées dans le royaume de Barcah), le laserpitium, qui fournissait le fameux σιλφιον des Grecs, le silphium ou laser des Romains. Le laser était une substance gommo-résineuse considérée comme très-précieuse que l'on retirait de la Cyrénaïque en incisant la tige et la racine du laserpitium. Les fermiers romains, qui la récoltaient pour le compte de l'État, avaient intérêt à n'en pas trop multiplier la production, car le laser, qui avait fini par se vendre au poids de l'or, était conservé dans le Trésor ; la vente en a servi à plusieurs reprises à couvrir les frais des guerres romaines. Peu à peu et probablement par destruction partielle volontaire de la part des fermiers, le laser devint tellement rare, que l'on présenta un jour en grand appareil à l'empereur Néron une tige de laserpitium, et plus tard la plante n'existait plus qu'à l'état de souvenir et représentée sur des médailles qui sont très-rares.

Depuis les temps anciens on a fait beaucoup de recherches pour retrouver le laser. En 1817, la Société de géographie de Paris proposa en prix la description de la Cyrénaïque, et dans les instructions figurait la recherche du silphium ou laser. M. Pacho, qui eut le prix, indique le laserpitium derias comme représentant l'ancien laserpitium. Sur les indications de l'abbé Della Cella, qui fit un voyage en Cyrénaïque, M. Viviani (de Gênes) regarde comme produisant l'ancien silphium une ombellifère qu'il nomme tapsia sil-

phium. Le docteur Laval, qui fit trois voyages en Cyrénaïque, considère aussi le derias des Arabes comme le laserpitium des anciens; il rapporta, en 1859, en Algérie, une grande quantité de poudre de racine. M. le docteur Cauvet, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Nancy, qui a bien voulu me donner ces renseignements, fut chargé alors par le docteur Laval de préparer un extrait. Cet extrait, que j'ai l'honneur de vous présenter, a une saveur douçâtre, puis amère, et n'est nullement irritant. Il ne ressemble en rien pour le goût à l'extrait aqueux de thapsia garganica, préparé aussi par M. Cauvet à la même époque.

Le thapsia garganica (Bon Nufa, derias des Arabes en Algérie) vous est bien connu par les propriétés irritantes de sa résine.

Je vous signale la différence de ces deux extraits parce que, dans une polémique très-vive avec les propagateurs du silphium actuel, on a prétendu que leur extrait, comme la plante de la Cyrénaïque, ne serait autre chose que le produit du thapsia garganica d'Algérie.

M. Dérode défend vivement sa préparation, qu'il répand sous forme de granules jaunes et roses.

M. Dérode a eu l'obligeance de m'envoyer son extrait, l'ombelle, une portion de tige et une portion de racine. D'après lui la racine du thapsia de Cyrénaïque serait traçante, tandis que celle du thapsia d'Algérie est pivotante. Vous pouvez constater, d'ailleurs, que l'aspect de ces deux racines n'est pas le même. Quant à l'extrait, vous remarquerez qu'il est mal préparé et brûlé, mais qu'il rappelle beaucoup la saveur douce et amère de l'extrait de M. Cauvet.

(*Rev. méd. de l'Est.*)

Opération césarienne nécessitée par un rétrécissement extrême du bassin.—*Enfant vivant; mort de la mère 13 heures après l'accouchement.* — Une jeune femme de 29 ans, arrivée au 9e mois de sa grossesse se présenta, le 11 décembre 1871, à la maternité de Bologne, en proie aux premières douleurs de la parturition. Elle était rachitique, et la longueur du détroit conjugué fut trouvée de 0,048 environ. L'enfant était vivant, et se présentait par le vertex.

La dilatation de l'orifice cervical mesurait 0,04; les eaux étaient écoulées. Dans la matinée du 12, le chloroforme étant administré, il fut procédé de la sorte à la pratique de l'opération césarienne : Comme la percussion et la palpation indiquaient que l'utérus se trouvait recouvert à droite par la masse intestinale, l'incision fut pratiquée un peu à gauche, parallèlement à la ligne blanche. La paroi utérine fut ouverte sur la ligne moyenne, en épargnant le fond de l'organe. L'enfant plein de vie fut extrait par les pieds, puis le placenta fut retiré en totalité. Malheureusement les intestins firent issue par l'incision, et leur réduction ne put être effectuée sans quelque difficulté.

Une métropéritonite se déclara, et enleva la malade 13 heures après l'accouchement.

Quant à l'enfant, il ne tarda pas à être envoyé en nourrice, dans les meilleures conditions de santé.

L'utérus et le bassin de cette femme ont été conservés pour le musée de la maternité. Mesuré avec soin, le diamètre conjugué présente à peine une longueur de 0,050.

—Ainsi que le fait observer notre honorable confrère, il serait à désirer que chacun fît connaître non-seulement ses succès, mais encore ses revers, afin de fournir tous les éléments nécessaires pour une bonne statistique.

(Trad. du *Bull. de la Soc. méd. chir. de Bologne.*)

Contribution clinique à la transfusion du sang, par le Dr Luigi : TASSINARI (*Bolletino delle science mediche*, janvier 1874). — L'auteur publie l'histoire d'un individu, âgé de 27 ans, en proie à une profonde cachexie paludéenne, au point qu'il présentait des taches ecchymotiques sur toute sa personne, un catarrhe bronchique avec crachats sanguinolents, un catarrhe gastro-intestinal suivi de vomissement sanguino-

lents, et qu'il était réduit au marasme. Il pratiqua chez lui six fois la transfusion du sang par la méthode de Ruggi, légèrement modifiée par l'auteur. La quantité de sang injecté fut successivement de 158 grammes, de 80 (soustraction simultanée de 35), de 96 (soustraction de 50), etc. Le résultat en fut une guérison complète avec réduction de la tumeur splénique. Le malade, qui avait contracté, pour la première fois, la fièvre intermittente à Rome, en janvier 1869, fut soumis à la première transfusion de sang, en janvier 1873, et sortit de l'hôpital de Castel Bolognese le 24 avril de la même année. — L'auteur fait suivre ce récit de corollaires, dont nous citons les suivants : 1° la transfusion du sang est très-indiquée par Malaria dans la cachexie ; 2° pour que dans cette affection elle produise ses effets bienfaisants, il est nécessaire de la répéter plusieurs fois; 3° pour une transfusion le sang à utiliser doit être pris à un individu sain, robuste, jeune et qui ne soit pas adonné à la boisson; 4° il est prudent, s'il se produit des symptômes de pression vasculaire augmentée, d'extraire autant de sang qu'on en a injecté; 5° La transfusion détermine parfois l'accès fébrile, et si elle a lieu pendant celui-ci, elle en augmente l'intensité. — Parmi les maladies contre lesquelles l'auteur recommande la transfusion du sang, nous citerons, comme moins fréquemment indiquées par les auteurs, les empoisonnements et spécialement ceux par gaz méphitiques, le rachitisme, l'oxalurie, l'ostéomalacie, la leucocythérine et la pellagre.

Le drainage de la cavité abdominale et les injections intra-péritonéales, par le professeur de Nussbaum, de Munich (*Bayer aerytl. intellig. Blatt*, 1874). — On sait que la première règle de la chirurgie, dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, était de fermer hermétiquement la plaie. Marion Sims fut le premier à attirer l'attention sur le fait que dans la plupart des cas d'ovariotomie terminés par la mort, celle-ci fut due à la septicémie, produite par l'effet du sang et d'autres liquides qui s'accumulent immanquablement dans les replis les plus profonds de l'abdomen. Les histoires de malades, publiées par Spencer, Wells et Peaslee, éclairèrent plus encore ce point, ces chirurgiens ayant diagnostiqué avec sûreté dans quelques cas une collection de liquide septique dans l'abdomen, lui donnèrent issue par le vagin en ouvrant le pli de Douglas et en y introduisant une sonde. Dans plusieurs cas où cette accumulation pouvait être prévue, Peaslee introduisit immédiatement un drain à travers le vagin et le pli de Douglas, avec issue par la plaie faite à la ligne blanche. Toutes les fois qu'une pareille opérée présentait une haute température, on injectait une solution d'acide phénique jusqu'à ce que le liquide revînt pur et clair, et chaque fois la température diminua et le pouls se ralentit. L'auteur fit une expérience analogue pendant la guerre franco-allemande, en tant que le pronostic des plaies pénétrantes de l'abdomen ne dépend pas seulement de la taille de la plaie, mais aussi de la possibilité de donner issue à la sécrétion. Marion Sims alla plus loin encore que Peaslee, en faisant la proposition de pratiquer le drainage après chaque ovariotomie, cette légère augmentation de cette opération majeure ne pouvant être mise en proportion des avantages de ce procédé. Nussbaum partage entièrement cette manière de voir, et regarde les résultats de son procédé comme tout à fait surprenants, ayant vu la guérison se produire dans des cas qui, à en juger par ses autres expériences, eussent été suivis de décès, en 36 ou 48 heures. Il a ainsi réussi dans cinq ovariotomies, dont il en publie une. Une sécrétion septique ne peut en effet rester sans danger dans l'abdomen, et l'auteur voudrait apporter à cette méthode la modification de diminuer les intervalles entre les injections d'acide phénique, et de faire celles-ci plus abondantes encore.

Remarque sur le traitement de la diphthérite et de la scarlatine, par M G. Meyer (*Jarhbuch fuer Kinderheilkunde*, nouv. série, t. VII, 4). — C'est par la glace que l'auteur recommande de traiter la diphthérite. Il con-

seille d'introduire dans la bouche même des petits enfants âgés de moins d'un an, de tout petits morceaux de glace et leur fait verser sur la langue, si s'est possible, toutes les 1 ou 2 minutes, de l'eau glacée par cuillerées à thé. En outre, dans les cas particulièrement intenses, il fait appliquer autour du cou des cravates glacées. La fièvre ne tarde généralement pas à diminuer avec cette médication, les membranes se détachent, et il est rare que l'affection se propage sur le larynx, ou qu'il se produise une infection générale. Il n'a eu qu'une fois l'occasion d'employer dans cette maladie des bains réfrigérants pour une fièvre excessive.

En revanche, il a constaté maintes fois leur bon effet sur la scarlatine : toutes les fois que la température dépasse 39°, l'auteur trouve l'indication d'un bain de 27°, qu'on refroidit, suivant le besoin, jusqu'à 22° et même jusqu'à 18° R. dans l'espace de 10 minutes. L'influence qu'il exerce sur la température se montre pendant quelques heures.

Céphalématome. *Ponction aspiratrice.* — Au lieu de l'expectation qui entraîne une résorption toujours lente et longue du sang épanché et laisse la perforation des parois toujours possible, M. Laroyenne, chirurgien de la Charité de Lyon, a eu recours à la ponction; mais non la ponction simple comme on l'employait autrefois, car elle avait le dangereux inconvénient, comme la perforation spontanée, de mettre le foyer en communication avec l'air extérieur. Elle ne vidait jamais complétement la poche du sang plus ou moins poisseux qui la remplit et l'adhésion des deux surfaces était ainsi empêchée.

Mettant à profit les nouveaux instruments aspirateurs, M. Laroyenne a employé la ponction aspiratrice avec le trocart capillaire chez huit petits enfants, avec la plus parfaite simplicité et sans aucun retentissement sur leur économie. La ponction faite et le sang aspiré, on voit la peau s'appliquer sur la paroi du crâne et constituer en ce point une dépression très-manifeste. Un tampon d'ouate est fixé par des bandelettes de diachylon sur le siége de la tumeur, et, quinze jours après, en enlevant l'appareil, on constate la complète disparition pour toujours de la collection hématique.

(*Arch. belges de thérap.*)

Ulcération grave de la cornée causée par la vapeur produite par la racine de podophylline, par M. Hutchinson (*The medical Times and Gazette*, vol***** 1872, p. 516). — L'auteur apprit d'un client que les employés à moudre la racine de podophylline, s'ils ne portent pas de masques bien fermés avec des fenêtres vitrées devant la figure, prennent de cette poudre des ophthalmies et des éruptions à la peau. Ce malade, pour avoir négligé les mesures de prudence, avait contracté une violente ulcération de la cornée. L'irritation produite par cette poudre ne se montre pas le jour même, mais le lendemain.

De la fracture sous-trochantérienne du fémur, par le Dr Benedetto Samarelli, de Naples (*Annali clinici dell' ospedale Pellegrini di Napoli*, vol. III, décembre 1873). — L'auteur insiste avec raison sur l'importance qu'il y a à déterminer exactement si cet os est fracturé immédiatement au-dessous des trochanters ou dans le tiers supérieur de la cuisse, parce que les moyens thérapeutiques convenables pour l'un des cas ne le sont pas pour l'autre. Pour la fracture sous-trochantérienne, objet de son travail, il conseille de fléchir le tronc sur la cuisse au moyen de coussins placés sous le dos et les épaules, et de fléchir à son tour la jambe sur la cuisse au moyen d'un plan incliné, ce qui fait décrire au corps une espèce de zigzag. Le point important c'est d'obtenir le relâchement des muscles psoas-iliaque et pectiné, dont l'action vigoureuse et incessante tire sans cela.

Du traitement du diabète sucré par l'opium. — Le professeur Duchek pense que si l'opium échoue si souvent dans le traitement de la glyco-

surie, cela tient à ce que l'on ne le donne généralement pas à dose suffisante. Il veut qu'on aille jusqu'à 0,60 et 0,80 centigrammes d'extrait aqueux d'opium, par jour, ou à 15 centigrammes de morphine pure.

Chez 14 diabétiques ainsi traités, il a obtenu d'heureux résultats. Les malades supportent bien les doses, et l'action narcotique est assez lente à se manifester.

Le seul inconvénient qu'il signale est la constipation opiniâtre dont se plaignent tous les malades. Il en triomphe avec l'aloès, la rhubarbe, etc.

(*Viener Medizinisch Presse.*)

Vésication au moyen d'acide phénique. — Le docteur Henderson substitue le badigeonnage d'acide phénique pur au vésicatoire à base de cantharides, et il regarde ce moyen comme plus rapide et moins douloureux, outre qu'il n'expose point le malade à la cystite cantharidienne. L'auteur déclare avoir employé avec succès ces badigeonnages vésicants sur la région rénale, dans certaines formes de néphrite.

(*Union médicale.*)

Note sur le traitement de l'épistaxis, par William I. Wilson, — Dans les cas d'épistaxis intense, l'auteur recommande d'employer une solution de deux parties d'eau et d'une partie de la solution de persulfate de fer de la pharmacopée américaine.

Il projette ce liquide en forme de vapeur au moyen de l'appareil à vaporisation de l'éther, dont l'embout a été introduit dans la narine, siége de l'épistaxis.

L'écoulement sanguin s'arrête en quelques secondes. La narine reste pendant deux ou trois jours obstruée par un caillot sanguin compact qui s'élimine naturellement sans amener de récidive. (*In Philadel. med. Times.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 novembre 1875.

Présidence de M. Gosselin.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant étranger dans la première division (anatomie, physiologie, etc).

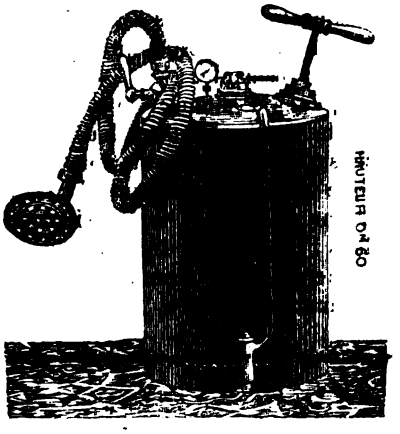
La commission présente : en première ligne, M Swann (de Liége) qui obtient 27 voix; — en deuxième ligne, M. West (de Londres), 2 voix; — en troisième ligne, M. Faget (de la Nouvelle-Orléans), 24 voix.

M. Swann est proclamé membre correspondant étranger de l'Académie.

M. le Dr Delpech présente au nom de l'inventeur, M. Legrand, un appareil hydrothérapique mobile, à pression, pour douches de toute sorte à domicile. Cet appareil consiste en un récipient de tôle d'acier très-solide, contenant 45 litres d'eau ; on le charge à plusieurs atmosphères en quelques secondes au moyen d'une pompe d'un maniement très-facile. Un manomètre indique la pression obtenue.

Le peu de volume de cet appareil — 0 m 60 de hauteur sur 0m 40 de diamètre — la simplicité de son mécanisme placé à l'extérieur, et par-dessus tout, sa pression

ntinue, offrent des avantages incontestables qu'aucun appareil de ce genre n'avait réunis jusqu'à ce jour.



— M. le docteur Denucé (de Bordeaux) lit un travail intitulé : « Note sur l'ablation du corps de la matrice dans l'inversion irréductible. Hystérotomie externe. » Voici les conclusions de ce travail :

1° L'hystérotomie externe est une ressource chirurgicale extrême, mais précieuse pour les cas d'inversion irréductible qui menacent immédiatement la vie des malades.

2° Cette opération n'offre pas une mortalité plus grande que celle de la plupart des opérations graves.

3° Dans l'état actuel de la science, elle doit être faite de préférence par la ligature, en tenant compte des perfectionnements apportés à cette méthode.

4° Les premiers mois d'une inversion, même la première année, doivent, autant que possible, être soumis aux tentatives répétées de réduction, à la lactation, qui supprime en général les hémorrhagies, aux palliatifs de toute sorte.

5° L'opération doit être réservée pour les cas reconnus irréductibles, et pour cette époque déjà éloignée du début de la maladie où la matrice renversée est complétement revenue sur elle-même et a pris une forme nouvelle, définie, subie par les organes circonvoisins, et qui laisse beaucoup moins de prise à l'inflammation péritonéale, qu'il faut éviter à tout prix. Comm. MM. Bernutz, Broca, Verneuil.

Séance du 16 novembre 1875. — Présidence de M. Gosselin.

M. le docteur Metzquer (de Montbozon) lit un mémoire *Sur la non-inoculabilité des phthisies.*

« En résumé, dit l'auteur, j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie 31 expériences prouvant qu'avec des matières non-tuberculeuses, on peut produire des lésions identiques à celles que détermine l'inoculation du tubercule ; 13 expériences prouvent que ces nodules se résorbent. Ce total de 44 observations, ajoutées aux expériences de mon premier mémoire, donnent le chiffre de 130 expériences contrôlées pour la plupart par MM. Morel, Michel et Feltz.

» Messieurs, je crois avoir montré par ces expériences que les nodules produits par les inoculations peuvent se résorber et, dans la majorité des cas, se résorbent en effet. J'ai prouvé que l'on pouvait produire à volonté les altérations pulmonaires ou, plus généralement, organiques, que l'on avait regardées à tort comme tuberculeuses. Il suffisait pour cela d'inoculer une matière solide d'un volume assez considérable, se désagrégeant facilement, et putride par elle-même ou imprégnée de liquide putride. »

M. Metzquer, après avoir critiqué les expériences de M. Villemin et les interprétations que l'auteur a cru devoir leur donner, conclut en ces termes :

« M'appuyant sur plus de 130 expériences, j'ose donc affirmer aujourd'hui que les nodules développés à la suite des inoculations ne ressemblent en rien aux tubercules :

» 1° Parce qu'ils se résorbent dans la majorité des cas :

» 2° Parce qu'ils peuvent être produits par l'inoculation de différentes substances ;

» 3° Parce que, dans l'inoculation de substance tuberculeuse, l'expérience ne donne de résultat qu'autant que la matière employée est à un degré assez avancé de décomposition. » — (Comm. MM. Villemin Hérard, Colin, H. Roger, J. Guérin, Hirtz, Béhier.)

M. le docteur Leven, médecin en chef de l'hôpital de Rothschild, lit un travail intitulé : *Des mouvements et de la fonction de l'estomac*. L'auteur se propose de démontrer :

1° Que le rôle de l'estomac n'est pas de peptoniser les matières azotées ;

2° Que si le suc gastrique peut convertir les matières albuminoïdes en peptones, ce n'est pas dans l'estomac que la conversion se fait ;

3° Que l'estomac n'a pour fonction que d'emmagasiner les aliments, de les chasser dans l'intestion si, à l'état naturel, ils sont divisés comme le lait et l'œuf cru ; si, au contraire, ils ne le sont pas, la viande, par exemple, il est chargé de les diviser, puis de les chasser dans l'intestin ;

4° Qu'il n'est pas exact de dire que le seul rôle des fibres musculaires soit de mettre l'aliment en contact avec le suc gastrique.

Après avoir exposé le résumé des nombreuses expériences qu'il a faites sur le chien, l'auteur termine par les conclusions suivantes :

« En résumé, le lait et l'œuf cru ne restent pas dans l'estomac : ils en sont chassés sans aucune modification.

» Si la viande y séjourne plusieurs heures, c'est qu'elle est massive ; elle n'en peut sortir que si elle est réduite ; nous avons reconnu qu'elle arrive dans l'intestin non transformée. La réduction, la division de la viande est due à la fois au suc gastrique et à la membrane musculeuse. Le suc gastrique facilite le rôle de la membrane musculeuse.

» Si, dans la théorie actuelle, le rôle de la musculeuse n'est considéré que comme secondaire, c'est que les expérimentateurs s'étaient placés dans de mauvaises conditions pour la voir bien fonctionner. S'ils ont accordé au suc gastrique un rôle essentiel, c'est que, ne connaissant qu'une partie du sujet, ils se sont exagéré l'importance de celui qu'ils ont étudié.

» Nous avons dit, au commencement de ce travail, que jamais ils n'ont pu retrouver dans l'estomac les peptones qu'il était censé faire.

» Leur théorie n'est donc fondée que s des hypothèses.

» Que le suc gastrique dont sont im prégnées les fibrilles de la viande contri bue à les peptoniser dans l'intestin ave les autres liquides digestifs qui s'y déver sent, cela est probable.

» Mais, dans l'estomac, le suc gastri que avec la membrane musculeuse ne fai autre chose, pour les aliments non divisés, que ce que fait le chimiste quand il veut agir sur une substance ; il la triture, et alors dans l'intestin les liquides sécrétés par le pancréas et le foie pourront agir chimiquement sur elle. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

—

Contracture réflexe des muscles du bras, traitée par l'injection de sulfate neutre d'atropine (Observation de M. Spillmann; lue par M. Guyon). — Un jeune garçon de 13 ans tomba sur le coude, le 8 juillet, et vint trois jours après consulter M. Spillmann ; l'articulation du *coude* était rouge, douloureuse, mais ne présentait ni fracture, ni luxation.

Le 2 août, on constate que l'avant-bras est dans la demi-flexion ; on peut *le* fléchir et l'étendre complétement sur le bras ; mais dès qu'on l'abandonne à lui-même, il revient à sa position première de demi-flexion, produite par une contracture des muscles triceps et biceps, qui sont durs comme des cordes. Après avoir employé contre cette contracture le bromure de potassium, l'immobilisation dans une gouttière, le vésicatoire, les mouvements méthodiques. M. Spillmann a l'idée de traiter son malade par les injections sous-cutanées de sulfate neutre d'atropine ; ce moyen avait réussi, dans un cas semblable, entre les mains de M. Després.

Du 12 au 30 septembre, on fit, chaque jour, au niveau des muscles contracturés, des injections de sulfate neutre d'atropine ;

dose employée varia entre 1 et 3 milrammes; la guérison était complète ns les premiers jours d'octobre.

Corps fibreux intra-pelvien veloppé chez l'homme. Acients de rétention des matièes fécales. — M. Tillaux présente e tumeur qu'il a enlevée ce matin s un homme de 47 ans; cet homme savait porteur de cette tumeur depuis ans environ; cette tumeur s'accrut gressivement, mais ne le gêna en rien que vers le mois de mars 1875; à ce ment, le malade éprouva des difficultés la défécation; ces difficultés allèrent augmentant et déterminèrent enfin le lade à entrer à l'hôpital. A ce moment, Tillaux constata dans la fosse ischiotale droite une tumeur sous-cutanée amineuse, dure et indolente; par le cher rectal, il constata qu'un prolonement de cette tumeur occupait l'espace pris entre le sacrum et le pubis, aplaant le rectum contre le sacrum, et nisant son calibre à deux rigoles situées les côtés et dans lesquelles les matièfécales avaient la plus grande peine à ser; la vessie était peu comprimée : e tumeur paraissait immobile.

n présence de s accidents croissant de rétention des matières fécales, M. Tillaux résolut d'enlever cette tumeur : il fit, avec le couteau galvano-caustique, une incision allant de l'anus au coccyx, arriva sur la tumeur, l'énucléa des parties voisines, et put bientôt constater qu'elle n'avait pas d'adhérence avec le péritoine, mais qu'elle tenait, par un pédicule assez délié, à la face antérieure du coccyx; le pédicule fut coupé avec le bistouri, et la tumeur extirpée sans difficulté : la perte de sang fut insignifiante.

La tumeur, longue de 20 centimètres, a environ 8 centimètres de diamètre, elle a une forme à peu près cylindrique; sa couleur et sa consistance sont celles des myomes utérins; elle présente une partie sous-cutanée, et une partie sous-péritonéale dont la trame est plus serrée.

M. Houel a vu plusieurs cas de tumeurs fibreuses du bassin, il les a toujours observées chez la femme, et les a toujours vues adhérentes en un point de la crête iliaque, généralement au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

M. *Guyon* pense que le fait de M. Tillaux est un fait unique dans la science; les tumeurs fibreuses adhérentes en un point du bassin, comme aussi les tumeurs fibeuses de la région de la nuque, de l'épaule, du dos, ne s'observent guère que chez la femme.

CHRONIQUE ET MISCELLANÉES.

'esprit bureaucratique. — moment où la préfecture de police cupe d'assurer aux Parisiens des serrs médicaux pendant la nuit, l'Assisce publique refuse, au grand jour, son à ses propres médecins. On raconte, effet, que lorsque le docteur Grancher, lant ramener chez lui le corps de son , le professeur Lorain, alla demander civière à l'hôpital Saint-Antoine, il eurta à un refus formel. Le règlement pose à ce qu'un hôpital prête à un médecin des hôpitaux une civière destinée à transporter le cadavre d'un médecin des hôpitaux : c'est le triomphe de l'administration!

* *
*

Médecins-femmes. — Ces dames ne se plaindront pas : voilà qu'on se les dispute. Dans une réunion récente du Conseil de Queen's College, à Birmingham, des hommes considérables, le maire, des médecins, des membres du clergé, se

sont plaints du monopole dont jouissent la France, la Suisse et l'Amérique pour la réception des doctoresses. Le résultat de la discussion paraît avoir été favorable à ces réclamations; mais, à la suite d'une délibération spéciale, les professeurs et administrateurs de *Queen's College* (Birmingham) et les médecins et chirurgiens de *General Hospital* et de *Queen's Hospital* ont déclaré n'être pas disposés à entreprendre l'éducation médicale et chirurgicale des femmes.

***

Le syphilitique au jour du jugement. — Le professeur Zeissl, de Vienne, professe, à l'endroit de la susceptibilité de guérison de la syphilis, des opinions très-arrêtées; et, à ce propos, il s'écrie dans une de ses cliniques: « Quelques-uns pensent, quand un malade a été exempté pendant quelque temps de manifestation syphilitique, qu'il est guéri; mais je vous dis, messieurs (je vous le dis en vérité, eût été plus exact, plus complet), que si un être humain contracte la syphilis, il mourra syphilitique et *au jour du jugement il ressuscitera syphilitique*.

***

Yucatan. — En 1848, la population de la presqu'île yucatèque était d'environ 600,000 âmes; deux ans après, elle ne dépassait guère 300,000, par suite de la guerre avec les *Indios bravos*, et surtout par l'effet d'une épidémie de petite vérole.

Pour prévenir le retour de ce fléau terrible, le gouvernement décréta la vaccination gratuite et obligatoire; mais son décret jusqu'à ce jour est resté lettre morte. Voici pourquoi. Les Yucatèques croient que les marques de petite vérole sont le signe auquel la vierge Marie reconnaît ceux qui sont siens; et à ceux-là, pas à d'autres, elle ouvre la porte du ciel. Aussi, loin de se laisser vacciner, ces Indiens vont jusqu'à arracher ou couper le morceau de chair où a été déposé le germe de l'inoculation. (*Le Tour du Monde.*)

Une ménagerie. — Un navire *Coq*, est entré dans le port du Ha chargé d'une nombreuse ménagerie.

On n'y compte pas moins de deux au ches admirables, cinq guépards, deux sont de toute beauté, neuf gaze dix-huit tortues monstres, un aigle, crocodile, un chacal et une collectio serpents, le tout destiné au Jardin plantes de Paris.

Le *Coq* a perdu, pendant la trave six chameaux qui ont servi de nourri aux guépards, sans préjudice des tre six moutons qui faisaient leur ordin

Le capitaine du *Coq* a fait à quel privilégiés les honneurs de son bord montrant un de ses serpents, un boa en à la fleur de l'âge, mais assez vigou pour étrangler un bœuf. En ouvran caisse, l'animal a bondi comme une li mais le capitaine l'a prestement sai passage. Quelque habileté qu'il y mise, il n'a pu échapper à la dent reptile, qui lui a fait une forte entaill poignet.

***

Statistique. — Le nombre des m est annuellement à Londres de 22,8 1.000 habitants; il est à Paris, de 2 à Bruxelles, de 24,8; à Berlin, de 3 à Vienne, de 32,7; à Rome, de 2 à Turin, de 24,8; à Calcutta, de 3 à New-York de 27,9; et à Philadelp de 20,29.

On voit, par ce tableau, que parmi grandes villes ci-dessous mentionnées, Vienne et Berlin qui donnent le grand nombre de décès, relativeme leur population, et que c'est à Phila phie qu'on meurt le moins.

***

Propreté orientale. — Du récit d'une visite faite récemment du asile d'aliénés turc, le Dr J.-H. Davi raconte que le médecin-directeur d de Constantinople voulut bien lui ner quelques renseignements intéres sur les soins donnés aux aliénés et traitement que les Turcs leur fai suivre il y a 300 ans. Il est curie remarquer le contraste qui existe

mour pour le bain et la propreté pratiquée par les malades mahométans et aversion témoignée pour toute espèce d'ablutions par les quelques chrétiens résidant dans l'asile, quoique par leur éducation et leur instruction, ils appartiennent généralement aux classes supérieures de la société. D'un autre côté, la propreté du corps étant strictement recommandée par les lois de l'Islam, jamais ou très-rarement les malades mahométans ne manifestent la moindre répugnance pour les bains.

***

Un nouvel aliment. — Une société de mangeurs de rats vient de se former à Gembloux (Belgique). Les membres de cette société se rassemblent une fois par semaine en un grand banquet dans lequel figure dans une grande proportion des préparations de ce délicieux animal. La Société suivant l'exemple de la Société hippophagique, désire détruire le préjugé attaché à la chair de ces petits animaux. Pour aider à la réussite de ce projet, un Belge érudit est parvenu à découvrir que les Romains mangeaient autrefois la souris grise, préparée avec des fonds et des châtaignes. Buffon dit que les habitants de la Martinique mangent la souris et qu'ils sont très-friands de rats musqués. Il y a aussi une autre espèce, le rat grimpant, qui entre pour une grande part dans la nourriture à Cuba.

***

Une injure à la médecine. — Il vient de paraître en Angleterre, dans le *Cornhill Magazine*, sous le titre de *Sacrificial Medicine*, un article qui a réveillé la juste susceptibilité des médecins anglais, et auquel *the Lancet* répond avec vigueur. Le but de l'article injurieux que nous nous dispenserons d'analyser est de montrer que « docteurs et malades apprécient les remèdes en proportion du prix qu'ils coûtent, soit en argent, soit en souffrances. » Ce thème est développé par toutes sortes de considérations aussi fausses que blessantes pour le Corps médical.

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — *Du 5 au 12 novembre* a constaté 817 décès, savoir : variole, 2 ; rougeole, 6 scarlatine, 2 ; fièvre typhoïde, 19 ; érysipèle, 4; bronchite aiguë, 38 ; pneumonie, 53 ; dysentérie, 2 ; diarrhée cholériforme des enfants, 5 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0; angine couenneuse, 15 ; croup, 17 ; affections puerpérales, 3 ; autres affections aiguës, 219 ; affections chroniques, 386 (dont 128 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 81; causes accidentelles, 20.

Du 12 au 19 novembre 853 décès ainsi répartis : variole, 3 ; rougeole, 4 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 21 ; érysipèle 6 ; diarrhée cholériforme des enfants, 7 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 20 ; croup, 18 ; affections puerpérales, 9 ; affections chroniques, 307 (dont 128 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 36 ; causes accidentelles, 25.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

—

Librairie de J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Notions pratiques sur les exercices du corps appliqués aux différents âges, observations succinctes concernant l'art de fortifier, d'entretenir ou de rétablir la santé par les exercices, par N. Laisné, Paris 1875, in-8 de 48 pages.

Prix : 1 fr. 25.

—

Librairie C. Reinwald, 15, rue des Saints-Pères.

Guide *pour l'analyse de l'eau au point de vue de l'hygiène et de l'industrie*, traduit de l'allemand par le Dr Strah, pharmacien en chef de l'hôpital mili-

taire de Belfort. Cet ouvrage donne une méthode simplifiée pour arriver à une détermination exacte des différents éléments des eaux. L'auteur de la méthode, le professeur Reichardt, d'Iéna, s'est surtout attaché à son côté pratique, afin que des personnes même q s'occupent pas spécialement de mie, puissent s'en servir avec exact

Le petit ouvrage contient 31 sur bois, intercalées dans le te

VARIÉTÉS.

Un mot à propos du tabac.

« Prouver trop, ne prouve rien ».

L'ombre de Jean Nicot s'insurge et demande une enquête sérieuse de *commodo* et *incommodo* sur la valeur de sa découverte, et tous les jours nous nous entendons dire par des personnes qui veulent une réponse catégorique : « Le tabac est-il remède ou poison? »

Un analogue : en 184..., le docteur Prunelet, inspecteur des eaux de Vichy, ayant exprimé des doutes sur l'efficacité de ces thermes dans la goutte, on vit tous les goutteux nationaux et étrangers, demander en grâce aux corps savants de trancher la question; nous voulons savoir, disaient-ils, si nous devons ou non, continuer de dépenser notre temps et notre argent dans le département de l'Allier.

Les fumeurs et les priseurs qui ont quelque souci de leur santé, nous demandent avec le même droit si le tabac est « divin » ou bien si, comme l'a dit le docteur Montain : « c'est une drogue puante venue du nouveau monde pour empoisonner l'ancien. »

A cette demande, je réponds invariablement, ou *l'un ou l'autre*. Cela dépend de la qualité du tabac (1) et de l'usage qu'on en fait.

Mais... il ne s'agit pas ici de mon opinion personnelle, mais bien de résumer l'état actuel des connaissances de l'a ce sujet. Voici le résultat de mon en elle est tout à fait impartiale.

1° *La passion du tabac.*

« L'homme le plus libre, a dit m losophe, est celui qui a le moins d tudes. » Or, de toutes les habitudes, celle du tabac qui est la plus tyra — C'est elle qui a arraché au sava losophe Condorcet, proscrit et plong le plus affreux dénûment, cette triste mation : « Donnez-moi, donnez-m tabac, disait-il à Suard, en lui ten tabatière; si vous saviez tout ce souffert depuis que j'en suis privé! c douloureux que de n'avoir pas de

Un commis voyageur retenu par tes neiges sur le mont l'ila, m'a di donné 10 francs à un jeune homm lui aller chercher au village voi paquet de tabac de 32 sous. — *Le co* sionnaire ne craignit pas d'exposer pour ce petit bénéfice.

Le savant professeur Descuret (*La cine des passions*), plaint à juste ti fumeurs et les priseurs qui, dans le pices vendent journellement une pa leur nourriture pour se procurer du dont ils ne peuvent supporter la priv

Je lis dans un vieux recueil lyo (*Lyon vu de Fourvières*, Léon Boitel, « L'abbé Perrin donne un sou tous manches à chaque prisonnier. Ce s employé à acheter du tabac. L'aum

(1) « Les tabacs de Virginie et de Cavendish sont les plus toxiques; ceux d'Allemagne et de Turquie sont presque inoffensifs. » (Drysdale, *British med. associat.*, 1874.) — Le Levant est le plus faible de tous. Nous voilà donc fixés sur le choix, c'est déjà quelque chose.

sait combien cette poudre est précieuse au malheureux qu'une longue captivité accable d'ennui. »

Que les associations philanthropiques rient tant qu'elles voudront de la sensiblerie de l'abbé Perrin, pour moi je ne ris pas, je m'apitoie.

2° *Des inconvénients et des dangers du tabac.*

« Méfiez-vous, des éloges sans blâme, » dit un sage proverbe, c'est bien; mais défiez-vous également du langage de la passion qui compromet les meilleures causes. Qui veut trop prouver, ne prouve rien.

Ecrire que le *nicotiana-tabacum* est appelé à abrutir l'individu, à abâtardir l'espèce, à amener la décadence des empires, à plonger la société dans la barbarie..., etc., etc., c'est outre-passer le but.

Si je m'avisais d'arrêter le bras d'un homme qui va allumer son cigare en lui disant: « Qu'allez-vous faire, malheureux! vous ne savez donc pas que votre cigare contient plus de nicotine qu'il n'en faut pour empoisonner quatre hommes, » il me répondrait:

Votre compassion.....
Part d'un bon naturel, mais quittez ce souci.

Si j'ajoutais, pour frapper un grand coup: « Mais vous savez bien que votre cigare contient de l'acide carbonique, de l'hydrogène sulfuré, de l'acide cyanhydrique, et parfois de l'acide sulfocyanique, plus, des acides acétique, métacétique, butyrique, valérianique, le phénique, caprinique et succinique, plus, de l'azote, de la créozote, de l'ammoniaque, enfin de métalamine, de l'éthylamine, de la nicotine, du pyridin, du picolin..., etc. » Si, dis-je, je déroulais cette bobine scientifique à ce pauvre fumeur, je l'exposerais à mourir de rire !... Aussi, je m'en garderai bien.

Voyant un jour un pauvre sire se remplir la bouche, je ne dirai pas de tabac frais, mais bien de culots de pipes et de bouts de cigare fortement nicotisés, je lui demandai par quel privilége il ne s'empoisonnait pas en buvant la bouche ainsi pleine... Il me répondit avec assurance: « ça ne fait pas mal, » et en preuve, il me dit qu'à la salle de police, qu'il fréquentait souvent en Afrique, défense étant faite, sous peine de punition sévère, d'user du tabac sous quelque forme que ce soit, les prisonniers avalaient leur salive de peur que sa couleur sur les carreaux ne les trahit. — Je demande pardon de ces détails écœurants, mais je n'en infère pas moins que le poison cesse d'être poison sous l'influence de l'habitude. — N'a-t-on pas vu des mangeurs d'arsenic avaler d'un coup, une dose de cette substance capable d'empoisonner une compagnie de grenadiers ?

L'abus du tabac, je dis *abus* et non *usage*, occasionne des palpitations, des vertiges, une action délétère sur le tube digestif et le système nerveux; enfin, le cancer des lèvres, de la langue, etc.

Si l'on en croit M. A. Rion (le TABAC-POISON), la nicotiane, « ce démon de la solitude... qui obscurcit l'âme... qui fait les affaires des pompes funèbres... etc., la nicotiane, dis-je, produirait, outre les maladies citées plus haut, la danse de Saint-Guy, l'épilepsie, l'apoplexie, la paralysie, l'hallucination, l'affaiblissement de tous les sens, etc, etc.

N. B. — Au nom de la vérité impartiale, je demande à M. A. Rion si toutes ces maladies sont le fait exclusif de l'usage du tabac et si tous les hommes de génie appartenant à la science, à la magistrature, à l'église, à l'armée, au négoce, etc., qui tous, ou à peu près tous, usent et même abusent de la petite boîte, sont des abrutis, des hallucinés.

Tous les hommes compétents s'accordent pour défendre l'usage du tabac aux personnes maigres, sèches, irritables et surtout aux jeunes sujets qui « fument par une sotte et vaniteuse imitation, pour paraître des hommes! »

3° *Des avantages du tabac*

L'usage modéré de la tabatière est souvent conseillé et même imposé par les médecins dans certaines formes de migraines ou d'obstructions. — Le tabac brûlé, a dit un auteur est avantageux aux individus lymphatiques habitant un pays brumeux, et il est fort utile à tous ceux qui exercent certaines professions insalubres, comme les puisatiers, les mariniers, etc. En excitant la sécrétion du suc gastrique comme celle de la salive, il est favorable à

la digestion dans les cas de trop grande réplétion de l'estomac. — S'il noircit les dents, il a le privilége de les préserver bien souvent des douleurs atroces de l'odontalgie.

4°. *Appréciation et moralité*

Jacques Ier, roi d'Angleterre, a dit : « Rejetez bien loin devant vous cette poudre puante et vénéneuse qui ruine votre santé et votre intelligence. »

Si cette assertion était vraie, il faudrait proscrire impitoyablement le tabac sous ses trois formes.

Que nous importe, à nous médecins, la considération d'intérêts publics ou privés en souffrance, la question de salubrité prime tout. Que la suppression du tabac enlève au Trésor un revenu immense et affame 250 mille bouches qui vivent de son exploitation, ce n'est pas notre affaire encore une fois. — Ne faisons pas comme l'empereur Nocolas Ier de Russie qui s'opposa à toute organisation de *Société de tempérance*, dans la crainte de voir diminuer les produits de l'impôt sur les boissons. Si le roi d'Angleterre et M. Rion ont raison, exécutons la plante puante et qu'on n'en parle plus.

Si le tabac sagement consommé est inoffensif, faut-il le supprimer tout à fait ? — « NON CERTES! » répond le docteur Descuret ; et partant de là, il lui rend le bien et le mal qui lui reviennent. J'aime mieux ce *sage ennemi*.

La cause est entendue et, en attendant le verdict d'un jury compétent, j'émets les vœux suivants :

Rien de plus désolant que de voir des gamins de 12 ans, une longue pipe à la bouche !... que ne peut-on leur empêcher de fumer comme de chasser ou d'aller dans les établissements publics ?... Usons de toute notre influence pour empêcher la vocation du tabac, soit, mais de la à le défendre entièrement à ceux qui en usent depuis vingt, trente ou quarante ans, il y a toute l'épaisseur d'un gros ridicule ; il y aurait même danger à le faire.

Hippocrate a dit avec beaucoup de sagesse et de raison, qu'il était dangereux de voir ou de faire supprimer brusquement une vieille habitude, *même mauvaise* ; qu'elle soit physiologique ou pathologique, ou même *morale* (soustraction brusque d'actes d'*intempérance* ou d'*incontinence*), nous savons tous que pareille suppression peut devenir la cause efficiente de toutes les maladies et dès lors, nous savons ce que nous avons à faire pour les combattre.

Je connais plusieurs personnes qui sont mortes ou qui mourront de la suppression brusque et complète du tabac, qu'ils l'aient opérée par virtualité ou dévouement, par un sacrifice volontaire ou forcé, n'importe.

Un homme était atteint du diabète (c'est le *Lyon médical* qui parle), tous les jours il faisait un pas de plus vers la tombe lorsque son médecin croyant avoir trouvé la cause du mal dans la suppression brusque de l'usage *immodéré* du tabac, en ordonna la reprise dans les mêmes conditions — Bientôt la santé revint et la guérison fut prompte et complète, (*Courr. méd.*)

Boîte aux Lettres.

2218. — M. le Prof. G. Reg. à Rennes. — Désormais les épreuves vous seront adressées.

4016. — Dr Pell. A. Blér. — Prix de l'ouvrage, 8 fr. franco. Vous pouvez nous en adresser le montant avec le prix de votre réabonnement. Ne faites aucune acquisition sans nous demander conseil.

2124. — Dr R. A. St.-Jouan. — Sera publié.

4337. — Dr Gallais à Herbault. — Les instruments sont prêts. Nous attendons vos ordres pour les transmettre à qui de raison.

AVIS.

Nous prions ceux de nos lecteurs qui désirent nous être agréables, de vouloir bien nous adresser, dans le courant du présent mois, en un mandat de poste, le montant de leur réabonnement pour 1876.

Nous les prions également de profiter de cette occasion pour nous adresser telles observations qu'ils croiront avoir à nous soumettre ; nous ferons tous nos efforts pour leur donner satisfaction.

Le Rédacteur en chef-gérant,
Dr HAMON, DE FRESNAY.

N° 24. — 15 DÉCEMBRE 1875.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DES HOPITAUX.

HOPITAL DES ENFANTS

Clinique de M. ARCHAMBAULT.

Scarlatine. — A l'occasion d'un cas de scarlatine hémorrhagique qui s'est présenté dans son service, M. le docteur Archambault a fait à sa clinique une leçon fort intéressante sur les différentes formes que peut prendre cette maladie.

L'étude approfondie de cette affection est d'autant plus utile, que rarement la scarlatine se présente deux fois de suite, au médecin, avec les mêmes symptômes, aussi le diagnostic en est-il quelquefois assez difficile pour metttre en défaut le praticien le plus expérimenté.

Le caractère le plus constant, on pourrait presque dire la caractéristique du début de cette affection, est l'absence de prodrome et l'apparition brusque, presque soudaine, d'une fièvre intense; en quelques heures, vingt-quatre heures au plus, la température monte à 40° et le pouls à 130. Les vomissements sont aussi un des phénomènes les plus constants, l'enfant est agité, et dans beaucoup de cas, il a du délire. La rougeur et l'enduit pultacé de la gorge apparaissent ensuite, et en même temps se fait l'éruption qui, en quelques heures, un jour au plus, est généralisée. Contrairement à ce qui se passe dans les autres fièvres éruptives, (rougeole et variole) la fièvre se maintient et même le pouls et la température tendent plutôt à monter le second et le troisième jour après l'éruption, souvent le pouls monte à 140, 150 et même 160 chez les enfants et la température s'élève à 40, 41, et 42; c'est, de toutes les pyrexies, celle où la température monte le plus haut et le plus rapidement.

La rapidité de l'éruption fait que très-rarement le médecin arrive à son début, dans les cas où il est possible de l'observer, on peut remarquer que l'éruption ne se fait pas d'emblée par plaques, mais par points isolés se rejoignant par des prolongements étoilés qui, par le resserrement progressif de leurs mailles, finissent par produire cette plaque uniforme de teinte framboisée et au milieu de laquelle le contact d'un corps étranger reste stigmatisé pendant quelques instants par une coloration blanche et très-nettement accusée. En même temps, l'évolution a lieu sur la muqueuse buccale et pharyngée et s'accompagne assez souvent d'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Du quatrième au cinquième jour, la défervescence commence, l'éruption pâlit et la température diminue et au sixième ou septième jour, la fièvre disparaît et la desquammation commence.

Jamais M. Archambault n'a vu de ces cas bien évidents de l'association de la rougeole et de la scarlatine.

Différentes formes de la scarlatine. — La variété la plus normale, si je puis m'exprimer ainsi, consiste en

une exagération de tous les symptômes, c'est la forme la plus facile à diagnostiquer, par cela même que les symptômes y acquièrent une caractéristique plus accusée.

Les scarlatines sans éruption, ou éruption éphémère, sont celles qui mettent le plus souvent la sagacité du médecin à l'épreuve, surtout lorqu'une épidémie dans le voisinage ne vient pas faciliter les recherches. Dans ces cas, le diagnostic peut être éclairé par la brusque apparition des symptômes fébriles, très-accentués et de températures montant, presque d'emblée, à 39,5 et 40 degrés avec un pouls à 130 et 140. Souvent aussi, dans ces cas, l'éruption paraît être compensée par l'exagération de l'un des symptômes de début, le délire augmente, il y a jactitation et quelquefois convulsions, ou bien les vomissements persistent, deviennent plus fréquents, ou encore la gêne de la respiration s'accentue, devient une véritable dyspnée, et l'auscultation la plus attentive ne fait découvrir, dans les poumons, aucun signe qui puisse expliquer cette angoisse respiratoire ; ou encore la diarrhée légère du début devient plus considérable et caractérisée alors, de même que les deux variétés précédentes, trois formes très-graves de la scarlatine.

Scarlatine angineuse. — Dans toutes les scarlatines il y a de l'angine, mais elle est ordinairement légère et sans gravité. Dans quelques cas, l'angine prend le pas sur tous les autres symptômes. Trousseau en avait fait une angine spéciale pultacée et sans tractus fibrineux ; cependant, certains cas se sont présentés avec une véritable angine diphtéritique, et Trousseau n'y voyait qu'une infection ultérieure de diphthérie chez un individu primitivement atteint de scarlatine ; cette erreur, que la sagacité médicale du clinicien eût évitée en tout autre circonstance, était très-excusable chez celui qui avait fait de si admirables travaux sur la diphthérie, et qui, par conséquent, avait des raisons particulières pour être prévenu contre tout ce qui pouvait porter atteinte à l'unité de la diphthérie.

Cette angine couenneuse scarlatineuse vient souvent avant que l'éruption ne se soit produite, et M. Archambault a un des cas bien établis de transmissions de scarlatine par des malades atteints d'angine couenneuse scarlatineuse. Ce qui en rend souvent le diagnostic difficile, c'est que, dans beaucoup de cas, la mort arrive avant l'éruption de la scarlatine.

Dans les deux maladies il y a manifestation rénale et albuminurie, mais dans l'angine couenneuse scarlatineuse, la quantité d'albumine est bien plus considérable que dans l'angine diphthéritique, de plus, dans cette dernière il n'y a pas d'anasarque, et cela ne tiendrait-il pas à ce que les muqueuses seules y sont atteintes, tandis que dans l'angine couenneuse scarlatineuse, les fonctions de la peau sont altérées par la manifestation cutanée, et facilitent ainsi cette apparition de l'anasarque.

Le pronostic de cette maladie est presque toujours très-grave.

Scarlatine hémorrhagique. — Pendant les premiers jours, la scarlatine ne présente aucun caractère particulier, et chez la malade qui fait le sujet de cette observation, les pétéchies et l'hématurie ne se sont montrées que le quatrième jour, en même temps que la respiration était devenue très-haute et rapide, l'enfant était haletant. Le lendemain, taches de purpura et exsudations sanguines de la peau. Les douleurs de reins, qui avaient débuté avec l'hématurie, sont devenues de plus en plus fortes jusqu'à la mort, et le délire de plus en plus intense. De plus, pendant les deux derniers jours, elle n'a pas rendu une seule goutte d'urine. La maladie a duré six jours et le pronostic était presque fatal à partir du moment de l'apparition des accidents hémorrhagiques.

Le traitement, dans ce cas, ne présentait pas grand intérêt, mais cependant l'usage des toniques était très-nettement indiqué : extrait de quinquina 2 grammes et sulfate de quinine comme antiseptiques.

A l'autopsie on n'a rien trouvé de particulier dans les centres nerveux, mais l'anurie des derniers jours s'est trouvée expliquée par la présence dans les bassinets d'un caillot adhérent qui l'occupait

en entier et empêchait d'une façon absolue l'excrétion urinaire.

Fièvre typhoïde.—Chez les enfants la fièvre typhoïde ne présente pas de caractères bien différents de ceux que l'on peut constater chez l'adulte, mais on y rencontre cependant un certain nombre de particularités cliniques sur lesquelles il est bon de fixer l'attention.

Avant trois ans la fièvre typhoïde est très-rare, c'est à partir de huit ans qu'elle se montre avec une plus grande fréquence. Elle est beaucoup plus fréquente chez les garçons que chez les filles, les garçons fournissent les deux tiers des cas. On a prétendu que le pauvre y était plus exposé, il n'en est rien pour les enfants, et M. Archambault n'a observé, à cet égard, aucune différence entre les différentes classes de la société. L'acclimatement dans une grande ville est une cause très-évidente. Quant à la contagion, qu'il est très-difficile d'apprécier dans un grand centre de population, elle a été parfaitement observée dans un mémoire de M. le docteur Gendron, et la plupart des médecins de province ont été à même de constater l'évidence de cette contagion dans les épidémies si fréquentes des mois de septembre et octobre.

Du côté des voies digestives les différents typhoïdiques du service n'ont rien présenté de particulier, et, contrairement à l'assertion de MM. Rillet et Barthez, qui ont noté le vomissement dans la moitié des cas, il n'a pas été donné à M. Archambault de le constater, à beaucoup près, dans une aussi forte proportion, ce qui lui ferait croire que, dans l'ouvrage si remarquable où il il a trouvé cette statistique, un certain nombre de cas de méningite ont été pris pour de la fièvre typhoïde.

Au début, la diarrhée n'est pas la règle 5 sur 20 à peu près, et dans un autre quart il y a plutôt constipation; mais après une première purgation, souvent la diarrhée s'établit et devient persistante.

Le gargouillement de la fosse iliaque droite est encore moins pathognomonique chez l'enfant que chez l'adulte, mais la douleur de la même région est un signe beaucoup plus constant et qui acquiert par là une importance beaucoup plus grande.

Le ballonnement du ventre est rarement considérable, et la langue est moins fuligineuse que chez l'adulte, mais par contre, le muguet occasionné par l'acidité de la salive est beaucoup plus fréquent, et sa prédominance sur les parties profondes de la cavité buccale a été la cause de nombreux cas d'erreur dans lesquels on l'a pris pour de la diphthérie.

Le mal de tête est chez l'enfant un symptôme exceptionnel dans la fièvre typhoïde, et l'existence de ce symptôme doit faire penser plutôt à une méningite tuberculeuse, surtout si l'enfant l'accuse spontanément et lorsqu'il s'y joint de la constipation.

Le délire, symptôme si fréquent dans les maladies de l'enfance, se montre très-rarement dans la fièvre typhoïde et son apparition rend le pronostic toujours très-grave, surtout lorsqu'il persiste pendant le jour. La contracture et les convulsions sont l'indice d'une terminaison presque fatale.

Le décubitus dorsal est la règle, et lorsque l'enfant commence à se coucher sur le côté, c'est un symptôme favorable. Le facies est moins caractéristique que chez l'adulte et n'a rien de particulier à l'enfance.

Marche de la maladie. Le début n'est jamais brusque, la ligne de démarcation entre l'état de santé et de maladie est très-difficile, peu à peu l'enfant se sent moins bien, la fièvre et la température augmentent graduellement et progressivement, pour n'atteindre des chiffres un peu élevés qu'au bout de cinq ou six jours de maladie.

Si l'on vient nous chercher pour un malade bien portant la veille et qui, le lendemain est agité et a une température voisine de 40°, vous pouvez affirmer que vous n'avez pas affaire à la fièvre typhoïde. La rémittence matinale de la température est un phénomène constant et son exagération est une indication précise du sulfate de quinine. La défervescence se fait aussi graduellement, cependant les défervescences brusques sont loin d'être aussi rares que chez l'adulte, et, si l'on examine les

observations de la clinique de M. Jaccoud, où cette variété de défervescence a été constatée, les sujets sont toujours des jeunes gens de 16 à 18 ans.

Formes de la fièvre typhoïde. Dans une première catégorie se rencontrent les cas qui ne présentent de prédominance d'aucuns des symptômes en particulier, mais bien une diminution ou une augmentation de tout en général, c'est la forme légère ou la forme grave de la maladie.

Dans une deuxième catégorie, M. Archambault range les cas dans lesquels on peut constater la prédominance d'un symptôme. La plus fréquente est la forme pectorale, elle se rencontre beaucoup plus souvent chez les enfants que chez les adultes, les formes cérébrales sont un peu moins fréquentes et moins graves. Une circonstance très-favorable à l'enfance, c'est que les complications intestinales, telles que l'hémorrhagie et la perforation intestinale, sont très-rares, et cela tient à ce que l'évolution des lésions anatomiques de l'intestin sont beaucoup moins avancées chez l'enfant que chez l'adulte.

Le traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant fera le sujet d'une clinique ultérieure.

Revue clinique de quelques-unes des maladies du sérum.

Pneumonie franche. Chez les enfants, la pneumonie franche guérit toujours et très-rapidement quel que soit le traitement employé. A l'autre extrémité de la vie, chez les vieillards, on peut renverser cet aphorisme et dire que dans la vieillesse, la pneumonie est toujours mortelle 90 p. 100 quel que soit le traitement employé Lorsque l'on arrive auprès d'un enfant atteint de fièvre depuis trois ou quatre jours, et que l'évolution thermométrique fait constater une défervescence rapide, on peut, presqu'à coup sûr, même en l'absence des signes d'auscultation, faire le diagnostic d'une pneumonie en résolution.

Dans la broncho-pneumonie des enfants, le pronostic est loin d'être aussi favorable; mais, dans cette affection, l'apparition des deux maladies ne se fait pas simultanément comme chez l'adulte, mais la pneumonie est consécutive à la bronchite et semble survenir par la propagation de l'inflammation aux bronches de plus en plus petites, puis enfin aux alvéoles.

Trachéotomie. Plus l'enfant est âgé et plus les chances de guérison sont grandes après une opération de trachéotomie. Dans les angines diphthéritiques, M. Archambault ne fait vomir que s'il y a des symptômes de croup; il fait toucher la gorge avec du jus de citron ou une solution concentrée d'acide citrique et le traitement général consiste en toniques, rhum et extrait de quinquina, vin de Bagnols.

Chloroforme. Chez les enfants, on peut faire usage du chloroforme sans aucun inconvénient lorsque les organes respiratoires ne sont pas malades. On n'a jamais constaté qu'un seul cas d'accident à la suite de ces inhalations, et encore n'a-t-il pas été bien constaté. C'est un agent précieux pour bien des petites opérations que l'on a journellement occasion de pratiquer dans l'enfance, et la certitude de l'immunité de cette pratique peut être très-utile dans bien des cas, où le médecin serait gêné par les cris et les mouvements désordonnés d'un enfant saisi de frayeur à la vue du bistouri du chirurgien.

Méningite. Un enfant, qui fuit la lumière et se fourre dans ses oreillers, a quatre-vingt-dix-neuf chances sur cent d'être atteint d'une affection cérébrale, et la méningite est de beaucoup la plus ordinaire. Ce symptôme a donc une importance capitale pour le diagnostic de la méningite.

Dr CADIER.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Des excellents effets de la ligature élastique dans le traitement des abcès de l'anus (1).

3 juillet. Prévoyant la durée indéfinie de

(1) Nous empruntons à un intéressant mémoire du Dr Charcot les passages suivants qui ont trait à une heureuse application de la ligature élastique.

la suppuration et la possibilité d'hémorrhagies nouvelles par la fistule anale, je me décide à opérer cette fistule. Introduction de l'index gauche dans le rectum, et exploration du trajet au moyen d'un stylet mousse. Profondeur peu considérable de l'abcès du côté de l'ischion, mais du côté du rectum existe un prolongement assez haut. Le doigt ne fait reconnaître à l'intérieur du rectum aucune dépression radiée en cul de poule. Injection d'un liquide coloré avec de l'encre par le rectum, puis par le trajet fistuleux ; pas de communication. L'odeur fécaloïde du produit suppuré est un simple phénomène de transsudation à travers la paroi rectale amincie et décollée. Conversion de la fistule borgne externe en fistule complète ; pour cela, j'arme un stylet aiguillé d'un tube en caoutchouc ayant 2 mill. 1/2 de diamètre, je l'enduis de cérat de Galien, je le courbe légèrement en arc, puis l'introduis jusqu'à la rencontre de la pulpe de l'index gauche, lequel est placé dans le rectum. Perforation de la paroi rectale au niveau de la rainure qui sépare les deux sphincters, passage peu douloureux du stylet et du tube élastique, dégagement de ce dernier, formation d'une anse qui étrangle le pont ainsi formé de parties molles, et constriction avec un double nœud ; le tout a duré moins d'une demi-minute. Hémorrhagie peu considérable. Douleur vive au moment de la constriction du tube élastique : mais après, le malade ne sent rien dans la région anale, pas plus que si l'on n'avait pas fait cette petite opération. Lotions et injections biquotidiennes dans le trajet fistuleux avec une solution d'acide phénique au 1/50e

6 juillet. Le tube élastique a commencé son travail ulcératif, le pont cutané a diminué de 4 mill. environ. Bourgeonnement de bon aloi en arrière.

7 et 8. Progrès considérables. Il ne reste plus qu'une petite bride à sectionner, mais nous ne tirons pas, comme certains praticiens, sur le tube élastique pour provoquer sa chute : cet agent fera tout le travail.

9. Chute spontanée du tube au moment où le malade faisait des efforts pour aller à la selle ; le nœud est intact. A la place de la fistule, il ne reste plus qu'une petite rigole de quelques millimètres de profondeur, et exubérante de bourgeons charnus magnifiques. — Lotions avec l'eau phéniquée.

Cinq jours après, c'est-à-dire le 14 juillet, le malade ne conserve plus à l'anus qu'une légère cicatrice linéaire, et il entre définitivement en convalescence.

Le 3 juillet, le mouvement fébrile étant tombé, le moment nous paraît propice pour entreprendre la cure radicale de l'abcès.

Le traitement se déduit ici, comme toujours, de la notion étiologique et des éléments organo-dynamiques qui constituent le processus morbide. On a d'abord distingué les abcès idiopathiques ou spontanés, et les abcès symptomatiques de l'anus. Les premiers apparaissent, sans cause bien déterminée, dans le cours d'une fièvre éruptive, comme la variole; d'une fièvre grave, comme le typhus abdominal d'une affection cachectique, comme chez certains vieillards et chez certaines gens délabrés; d'une diathèse, comme la scrofulose et la tuberculose. Dans ce dernier cas toutefois, d'après Ricord et Chassaignac, les fistules anales seraient le plus souvent consécutives à une tuberculisation ulcéreuse de la prostate. Les seconds reconnaissent pour cause: 1° toutes les variétés de traumatisme (piqûres d'instruments ou d'animaux, sangsue, araignée (Vidal); contusion, chute sur le périnée, équitation, coït antiphysique; diverses opérations de lithotomie périnéale); 2° la rétention de parcelles stercorales dans les valvules sigmoïdes de l'anus (Ribes, Sappey); 3° l'inflammation des tumeurs hémorrhoïdales et des organes circonvoisins (prostate, vessie, urèthre, rectum, vagin, glandes de Bartholin, glandes de Cowper); 4° la fissure; le rétrécissement de l'anus (Roche et Sanson); 5° la présence de corps étrangers (fécès, urine, pepins de fruits, grains de plomb, débris de calcul, aiguilles, arêtes de poisson, pessaires vaginaux et rectaux); 6° la carie de la colonne vertébrale (Vul-

pian, Ribes), celle de l'ischion (Velpeau), etc.

Eh bien ! chez notre malade, bien que la première pensée se soit dirigée vers l'influence de l'empoisonnement typhique, nous avons songé à la possibilité de toutes ces dernières causes. D'une manière générale, on a trop de tendance aujourd'hui à mettre sur le compte d'une affection diathésique toutes les manifestations morbides qui se produisent avec elle ; tout n'est pas scrofuleux chez un scrofuleux, rhumatismal chez un rhumatisant, syphilitique chez un syphilitique. De même, divers accidents peuvent survenir dans le cours d'une fièvre typhoïde, qui ne dépendent point de cette fièvre par leur étiologie. Ici cependant nous n'avons pu constater la présence d'aucune des causes énoncées dans la catégorie des abcès symptomatiques, et force a été de rattacher l'abcès actuel à ceux qui dénotent l'altération spéciale du sang, la dystrophie, la ruine de l'organisme. C'est donc l'état général qu'il a fallu remonter ou du moins surveiller, en prévision des phénomènes d'adynamie possibles.

Pour ce qui est des autres éléments indicateurs, nous les avons cherchés dans l'état local. Qu'avions-nous ? Un abcès développé au milieu d'une grande quantité de tissu cellulaire graisseux et pouvant ainsi produire des désordres irrémédiables, comme il arrive souvent pour les abcès profonds du creux poplité.

D'où la première indication : arrêter la marche envahissante en évacuant le foyer.

Ici, l'évacuation s'est faite spontanément sous forme fistulaire, mais elle est souvent insuffisante. Il faut de grandes incisions, ainsi que le recommandent Velpeau, Chassaignac, etc., ou bien des anses à drainages, tubulées ou non, qui puissent conduire le pus et l'empêcher de séjourner dans les clapiers.

En outre, la région présente nombre de veines faciles à s'enflammer, susceptibles de donner naissance aux accidents trop connus de l'infection purulente.

Deuxième indication : sectionner lentement les tissus, de manière à prévenir une réaction trop vive, comme toute hémorrhagie consécutive.

La surface suppurante est baignée d'un liquide fécaloïde qui peut entraver l'évolution cicatricielle des bourgeons charnus, et transformer l'abcès en fistule intarissable : c'est ce qu'on voit également dans les ruptures du périnée, sous l'influence de l'écoulement lochial.

Troisième indication : modifier cette surface et les exsudats nuisibles qui l'imprègnent.

Reste à choisir les agents thérapeutiques capables de répondre à cette triple indication locale.

Si vous passez en revue les divers modes de traitement usités en pareille circonstance, vous trouverez d'abord les injections de toute sorte : émollientes, détersives, astringentes, cathérétiques, caustiques; aucune d'elles ne peut suffire; et de plus les dernières, au nombre desquelles nous rangerons l'injection iodée de Boinet, exposent à susciter une inflammation trop violente, à élargir la brèche au lieu de la diminuer, par l'élimination des eschares. Même reproche s'adresse au cautère actuel, employé par Dieffenbach et Fingerhut, outre l'impossibilité où l'on se trouve avec lui d'atteindre toutes les sinuosités de l'abcès. Arrivez à l'incision, que vous supposez très-grande pour prévenir les décollements et la stagnation du pus; mais n'avez-vous pas à la surface de la plaie des bouches vasculaires béantes qui plongent dans un liquide septique ou qui exposent à des hémorrhagies souvent sérieuses? Les pansements eux-mêmes sont très-fatigants et pour le malade et pour le chirurgien, soit par leur gêne, soit par leur répétition fréquente, soit enfin par le grand nombre de pièces qu'ils exigent. L'excision ne vaut pas davantage.

Que dire de la compression rectale, préconisée par Colombe et Piédagnel, sinon qu'elle vous réduit à des insuccès à peu près constants?

Vient à son tour la ligature simple végétale, animale ou métallique : celle-ci répond assez bien aux indications énoncées; mais son action intermittente, qui demande à plusieurs reprises l'interven-

tion du chirurgien, est aussi fort pénible pour le malade; et si elle prévient le croupissement du pus, si elle favorise, par sa présence, le travail de granulation cicatricielle, elle expose aux hémorrhagies et à leurs suites, par la section brusque et saccadée des canaux vasculaires. Cette dernière objection ne s'adresse plus, il est vrai, au serre-nœud de Græfe ; à l'écraseur linéaire de Chassaignac, aux constricteurs, de Maisonneuve. Mais quelques chirurgiens, ont en revanche, reproché à ceux-ci de donner une plaie mâchée, moins propre d'ailleurs et moins prompte à contracter l'inflammation adhésive de Hunter ; d'être douloureux malgré les pulvérisations éthérées préalables avec l'appareil de Richardson ou de Demarquay, et de laisser tout d'abord une large brèche qui peut nécessiter les pansements longs et fastidieux déjà incriminés à l'incision et à l'excision.

La galvano-caustique n'est pas encore jugée : avant d'émettre une opinion quelconque sur sa valeur, il est nécessaire de posséder un plus grand nombre de faits cliniques relatifs à ce nouvel agent chirurgical.

En vertu de sa propriété rétractile, la ligature élastique coupe lentement, pas à pas, par ulcération progressive et linéaire, les tissus qu'elle étrangle dans son anse ; elle sphacèle les parties molles comme les parties dures, tandis qu'à ses côtés, sur ses derrières, elle provoque une inflammation modérée, favorise la production des bourgeons charnus et hâte la cicatrisation : ulcération et granulation sont ici deux phénomènes parallèles marchant de front. On n'a plus besoin de serrer plusieurs fois la ligature ; on n'a plus à craindre les hémorrhagies consécutives du moment que tout bourgeonne autour d'elle et que les vaisseaux sont obturés, lors de leur section, par des thrombus inflammatoires; on n'est plus assujetti à la rude et fatigante besogne des pansements douloureux et répétés, ainsi qu'à l'immobilisation peu hygiénique du malade. Plus de mèches pour éconduire le pus, la ligature élastique en tenant lieu ; plus de charpie ni de pommades ; plus de compresses ni de bandage en T. Le malade ne porte d'autre fardeau, bien léger celui-là, que le tube élastique, lequel agit à son insu d'une manière permanente ; ce n'est qu'au moment de la première constriction par le chirurgien qu'il éprouve quelques douleurs. Au bout de quelques jours (6 à 12) la ligature tombe d'elle-même, ou pendant un effort que fait le malade pour aller à la selle; il reste seulement une petite gouttière bourgeonnante, dont on peut hâter la cicatrisation, si l'on veut, au moyen d'attouchements au nitrate d'argent.

Ici, la fistule n'était pas complète, malgré l'odeur fécaloïde des liquides exhalés par cet abcès : il ne faut pas, en effet, s'en laisser imposer par ce symptôme lorsqu'il s'agit de collections purulentes situées au voisinage du tube digestif (cœcum, côlons descendant et ascendant, parois abdominales, épiploïte phlegmoneuse, péritonite herniaire); on sait aujourd'hui, depuis Boyer, grâce à des recherches anatomo-pathologiques précises que souvent dans ces cas il n'existe point de perforation intestinale. Foubert, Larrey, Sabatier, avaient donc tort de nier l'existence de fistules borgnes externes. Chez notre malade, notamment, la fistule appartenait à cette dernière catégorie.

Au lieu de la traiter comme telle, c'est-à-dire, d'agrandir et de mettre en œuvre les pommades et les injections irritantes ou les pâtes caustiques, autant de moyens propres à produire les résultats qu'on veut éviter; au lieu de compter sur la guérison spontanée de l'abcès ainsi cependant que Velpeau, Sabatier, Ribes, Vidal, etc., en ont rapporté quelques exemples, sur des malades placés au milieu de bonnes conditions individuelles et hygiéniques, nous avons préféré recourir de suite à un moyen à la fois plus sûr et plus expéditif. Nous voulons parler de la conversion de la fistule borgne en fistule complète, puis de la section du pont avec la ligature élastique. Un plein succès, on l'a vu, est venu confirmer notre méthode de traitement ; la ligature est tombée le sixième jour, et, le onzième, notre malade ne présentait plus à l'anus que la trace cicatricielle de sa récente infirmité.

Terminons en rappelant les services considérables que peut rendre la ligature élastique dans le traitement des abcès de l'anus, spécialement lorsque ces abcès compliquent le cours d'une fièvre grave, comme la variole, comme la dothiénentérie, ou qu'ils se trouvent liés à un état de délabrement constitutionnel, comme la cachexie sénile et la cachexie de misère. Les circonstances sont fâcheuses, les conditions vitales du sujet sont mauvaises, et ce n'est pas trop que d'employer un agent aussi précieux pour parer aux dangers des autres méthodes.

Le sylphium cyrénaïcum (1).

A M. le rédacteur en chef de la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*,

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans le n° du 1er décembre de votre estimable journal, vous publiez un article emprunté à la *Revue médicale de l'Est*, sur le *sylphium cyrenaïcum*. Après avoir constaté que Paris et la province reçoivent à profusion, une petite *brochure-prospectus* sur la matière, l'auteur (anonyme) reproduit les opinions du Dr Laval, du Dr Cauvet, pharmacien-major, à Nancy, et de M. Derode, pharmacien, qui a pris le monopole qui exploite cette substance, et il essaye de démontrer que le *sylphium cyrenaïcum* (*Thapsia sylphium* de Viviani) ne serait pas, comme on l'a prétendu, le *Thapsia garganica* de l'Algérie. Il cite surtout le singulier argument que M. Cauvet puise dans la comparaison des *extraits* aqueux des deux plantes.

C'est la première fois, assurément, qu'on voit un botaniste chercher la différence spécifique de deux plantes, non dans l'examen des organes de végétation et de reproduction, mais bien dans la comparaison de leurs extraits. Tout le monde sait, en effet, combien ces préparations varient, suivant une foule de circonstances; et d'autre part, comme la plante de la Cyrénaïque était soigneusement cachée à tous les yeux, et n'était remise à M. Cauvet qu'à l'état *de poudre*, il suffit qu'une substance quelconque ait pu y être mêlée, dans le but de dérouter le contrôle et la concurrence, pour que l'argument tiré des *extraits* soit absolument sans valeur.

Quant à l'extrait envoyé par M. Derode à l'auteur de l'article, il ne peut entrer en ligne de compte, puisqu'il était — (chose grave) — *mal préparé et brûlé*.

J'aurai l'honneur de vous remettre, sous peu de jours, une brochure. — *La vérité sur le prétendu sylphium cyrenaïcum* — dans laquelle je démontre, *pièces en mains* (et en m'appuyant d'ailleurs sur le témoignage de M. Daveau, chef de la section des graines au Muséum, qui était il y a quelques mois en Cyrénaïque) que les racines, les tiges, les feuilles, les graines, sont absolument identiques dans les deux plantes, et que par conséquent, le *sylphium cyrenaïcum* n'est pas autre chose que le *Thapsia garganica* de l'Algérie.

Je démontre en outre : 1° que les racines du sylphium cyrénaïcum ne sont pas *traçantes* ainsi que le prétend M. Derode; 2° que les graines ne sont pas toutes dévorées par un insecte, ainsi que l'affirmait le Dr Laval ; 3° que la reproduction se fait par la graine, le semis, et non par drageonnement, etc., etc. En un mot, je réduis à néant toutes les assertions de MM. Laval, Cauvet, Dérode, etc.

Veuillez agréer, etc.

F. Heinco.

Attaché au Muséum d'hist. nat. de Paris, ancien rédacteur en chef de *l'Horticulteur français*, auteur du *Manuel général des plantes*, etc., etc.

---

(1) Nous croyons devoir faire observer à nos lecteurs que les remarques de notre honorable correspondant trouvent leur confirmation dans un court et substantiel article publié dans le no du 6 décembre dernier du *Moniteur de Thérapeutique*. (*Note de la Rédaction*).

GYNÉCOLOGIE.

Deux cas de fausse grossesse.

Beaucoup de femmes sont sujettes à se tromper elles-mêmes ou à tromper les autres, et quelques-unes croient être grosses quoiqu'elles ne le soient pas, et d'autres le sont et ne le croient pas.

(Aphorisme 100e de Mauriceau).

Assez souvent encore le problème suivant se pose devant un accoucheur: une femme est-elle ou n'est-elle pas enceinte?

La solution de cette question, en apparence si simple, est loin d'être toujours facile. Tous tant que nous sommes nous n'avons pas été sans commettre, à cet endroit, de plus ou moins lourdes fautes, et peu de maîtres de l'art, je ne crains pas de l'affirmer, sentiraient sur ce sujet leur conscience assez immaculée pour oser nous jeter la première pierre.

S'il est aisé, en effet, de méconnaître une grossesse qui ne présente que des caractères indécis, il ne l'est pas moins, aussi, de prendre le change, et de croire à un état de gestation qui, par le fait, n'existe pas.

Dans le cours de ma carrière, j'ai commis plus d'une méprise dans l'un ou l'autre sens. Je ne ferai pas ici l'histoire des faits, relativement assez nombreux, qu'il m'a été donné de recueillir, sur ce point si délicat de l'obstétrique.

Limité, tant par le temps que par l'espace, je me bornerai, pour l'instant, à relater les deux faits qui vont suivre. Sans parler de leur rareté même, qui suffirait pour les rendre dignes d'être rapportés, ils pourront avoir pour effet de mettre en garde plus d'un peut-être de ceux de mes confrères qui en prendront connaissance, contre un genre de méprise susceptible de susciter, à quiconque le commet, de plus ou moins sérieux mécomptes.

1er *fait.*— Il y a quelques mois, je fus consulté, par une dame âgée de 28 ans, dans les conditions suivantes:

Mariée depuis dix-huit mois, environ, cette dame avait vu grossir son ventre avec une régularité telle, qu'elle avait cru à une grossesse, malgré le retour régulier et normal du flux cataménial. Son médecin ordinaire l'avait entretenue dans cette croyance, et vers le 8e mois de la soi-disant grossesse, il avait fait palper au mari lui-même le siége du soi-disant produit de la conception!

Cependant le terme de la gestation était dépassé depuis un mois, que l'accouchement n'avait pas cessé de se faire attendre.

Ce fut alors que M. et Mme X se décidèrent à venir réclamer mes conseils.

Je trouvai le ventre très-développé, mais je fus tout d'abord frappé de la *dépression de la cicatrice ombilicale.* Cette remarque suffit pour me faire mettre en doute la présence d'un enfant dans le sein de l'utérus.

Procédant au toucher, je trouvai le *col conique*, et *nullement ramolli.* De plus, *l'utérus était parfaitement mobile.*

Je n'hésitai pas à déclarer à Mme X. qu'elle n'était pas enceinte.

En effet, cette dame porte encore aujourd'hui son gros ventre, mais elle sait très-bien que sa prétendue grossesse n'a tenu qu'a un développement rapide du tissu adipeux abdominal.

Les faits de cette nature ne sont pas très-rares. On en trouve, notamment, quatre cas relatés dans Mauriceau (observations CCLXXV, CCCLXIX et DLXVI n° 2).

En pareilles circonstances, quelques caractères distincts suffisent pour différencier la grossesse fausse de la vraie. Dans la première, quels que soient d'ailleurs les autres symptômes présentés par la malade, symptômes qui peuvent être assez prononcés pour faire croire à la présence d'un enfant dans le sein de l'utérus, dans la première, dis-je, l'utérus est mobile, et son col offre les conditions qui lui sont propres dans l'état de vacuité; la cicatrice ombilicale, en outre, présente la dépression qui, à de rares exceptions près, caractérise ce même état de vacuité.

Le second fait, d'observation toute récente, est encore plus digne d'intérêt. Dans le cas qui précède, il suffisait d'un examen attentif et d'un peu de réflexion

pour éviter une erreur, je puis dire, impardonnable à tout praticien quelque peu versé dans l'art de la gynécologie. Le diagnostic était plus difficile à poser, dans l'observation qu'il me reste à rapporter.

Le 26 octobre dernier, Mme X, âgée de 17 ans, se présenta à ma consultation, accompagnée de sa mère et d'une sage-femme, qui avait désiré s'éclairer de mes conseils, pour une grossesse qui, par ses conditions anormales, commençait à lui inspirer quelques inquiétudes.

Voici les renseignements que je recueillis sur les antécédents de cette jeune dame :

A la suite de rapports illicites, avec un ami d'enfance, rapports datant de huit mois et demi, le ventre avait, *presqu'aussitôt* acquis un développement très-prononcé. Il y avait eu quelques nausées, quelques douleurs de ventre. En même temps, les seins étaient devenus volumineux; les aréoles avaient bruni. Avec tous ces caractères, propres à un état de grossesse, les règles avaient continué à s'établir régulièrement, quoiqu'avec un peu moins d'abondance.

Une exploration attentive n'avait pu faire percevoir à la sage-femme aucun bruit fœtal. Par contre, elle avait cru constater un certain ramollissement du coté du col de l'utérus.

La jeune dame, d'un autre coté, prétendait sentir depuis quelque temps des mouvements actifs, qu'elle rapportait à son enfant.

Craignant les suites d'une telle grossesse, la sage-femme engagea la famille à prendre l'avis d'un accoucheur. Tel fut l'objet de la consultation qui me fut demandée à la date ci-dessus.

Voici quels furent les résultats de mes propres investigations :

Mme X est une belle blonde; elle est d'une taille assez élevée et elle est douée d'une exubérante organisation. Le développement de l'abdomen répond très-bien à une grossesse de 8 mois 1/2.

L'examen de la malade me révèle les particularités suivantes :

Ventre volumineux et régulièment développé. *Dépression marquée de la cicatrice ombilicale.* Ligne brune abdominale bien dessinée; matité plessimétrique remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, traduisant un terme de huit mois, environ. La matité, toutefois, n'offre pas ce caractère, j'oserai dire, comme *pierreux*, qui caractérise la grossesse normale. La percussion sur la plaque d'ivoire donne plutôt lieu à de la *submatité* : cette submatité s'étend sensiblement vers le flanc gauche : à droite, delimitation normale, propre à l'utérus gravide.

L'auscultation ne me décèle : ni choc fœtal, ni souffle utérin, ni pulsations cardiales infantiles.

Procédant au toucher, je ne trouve qu'une *mobilité utérine douteuse*. Sommet du cône cervical légèrement ramolli, et occupant une position assez élevée.

A l'examen au spéculum, je constate une légère béance du col, présentant deux petites lèvres, l'une antérieure, l'autre postérieure.

Pour compléter mon examen, j'examine les seins. Les glandes mammaires sont dures et développées comme dans un état avancé de grossesse. Les aréoles sont d'un brun assez foncé.

Tenant compte tant des commémoratifs, que des résultats de mes investigations, je restai convaincu que Mme X, ne se trouvait pas *grosse d'enfant*, pour me servir de l'expression si juste de Mauriceau. Mais quel était le genre de grossesse sur le compte duquel j'avais à me prononcer?

Avant d'émettre un avis précis, je demandai un peu de temps. Pour me renseigner sur la nature de la matité relevée dans le flanc gauche, je prescrivis une purgation pour le lendemain.

Le 28 octobre, nouvel examen. Des gaz sont perçus dans le côlon transverse : mêmes conditions de la matité, qui, cependant, est moins développée dans le flanc gauche.

Le 24 novembre, je suis consulté pour la troisième fois. Aucune modification sensible ne s'est produite dans la position de Mme X, dont l'état de santé, du reste, ne laisse rien à désirer.

Cependant cette jeune femme, alarmée de ce *statu quo*, voulait me forcer, fut-ce au prix d'une opération, à brusquer le dénouement de cette grossesse anormale.

Désireux moi-même de m'éclairer dans un cas aussi obscur, je proposai à la famille de m'adjoindre un confrère très-versé dans la connaissance de la gynécologie. Cette offre fut acceptée avec empressement. Le 1er décembre, j'eus donc une consultation avec le Dr Coignard, qui, pendant longtemps, a occupé une haute position à Valparaiso.

Or, ce jour là, un simple coup d'œil ne tarda pas à me convaincre que l'état des choses était bien changé.

L'abdomen était beaucoup moins proéminent. La matité bien limitée n'occupait plus que la région hypogastrique. Mme X... avait ses règles. L'utérus présentait une mobilité non douteuse.

En de telles conditions, l'incertitude n'était plus possible. Mon confrère et moi, nous n'hésitâmes pas à déclarer que Mme X... n'était pas enceinte, et qu'il ne s'était agi, chez elle, que d'une fausse grossesse.

Quelle a été la nature de cette dernière?

Je crois, et le docteur Coignard s'est rangé de mon avis, je crois, dis-je, que dans l'espèce, il s'est agi d'un cas de *tympanite utérine*, dans mon opinion, variété de la *grossesse nerveuse* des auteurs.

La matité, en effet, ou plutôt la submatité avait bien eu pour siége l'organe gestateur.

La tympanite utérine, avec ou sans produit de la conception, a, de longue date, fixé l'attention des accoucheurs. On en trouve notamment quelques exemples dans de La Motte (obs. XVIII) ainsi que dans Moriceau (obs. CX) et dans Levret.

Dans les faits rapportés par ces auteurs, l'expulsion des produits gazeux, il est vrai, s'est toujours effectuée avec un bruit qui a complétement fait défaut chez Mme X... Mais ce mode de dégagement ne me semble pas une condition *sine qua non* de ce genre de grossesse, et on peut très-bien comprendre, soit la résolution *in situ* de ces mêmes produits gazeux, soit leur évacuation pure et simple, sans la production d'aucun bruit caractéristique.

Faisons encore remarquer que, dans le présent cas, l'affaissement du ventre n'a été accompagné de l'évacuation d'aucun liquide, d'aucun écoulement glaireux, du sein de l'utérus.

J'ai, du reste, à signaler encore une particularité étiologique bien propre, je crois, à certifier ma manière de voir, concernant la nature de cette fausse grossesse.

Mme X..., en effet, a dû passer par de cruelles péripéties. Il n'est pas étonnant que de telles secousses aient eu pour effet de développer des accidents nervosiques qui, dans l'espèce, ont affecté une forme toute particulière.

J'ai dit, précédemment, que cette jeune femme avait eu des rapports illicites avec un ami d'enfance. Qui sème le vent, souvent récolte la tempête! Opposition des parents; fuite du toit paternel; voyage à l'aventure, effectué avec le produit de la vente de quelques bijoux; ingestion de laudanum; rien n'a manqué à ce drame en plusieurs tableaux de la vie réelle. Le drame, toutefois, dans le cas actuel, ainsi que dans un simple vaudeville, s'est terminé par un bon mariage.

Quand une jeune personne, âgée de moins de 17 ans, passe par de semblables étamines, il faut qu'elle ait le système nerveux bien solide, pour n'en être pas fortement ébranlée. Ces particularités intimes une fois connues, on s'expliquera sans peine la production des accidents ci-dessus décrits, et on estimera que Mme X... a été bien heureuse d'en avoir été quitte pour le développement d'une grossesse anormale.

Ces sortes de grossesse, encore une fois, ne sont pas très-rares. Baudeloque dit en avoir observé au moins une douzaine de cas. De la Motte en cite quelques exemples, en rapport surtout avec l'âge de retour (obs. XIX, XX, XXI, XXII). Mauriceau en relate également un certain nombre. Le Dr Coignard en a observé deux cas.

Deux des honorables confrères, qui me font l'honneur de suivre mes conférences sur la *Dystocie* : les docteurs Ballet et Lecoin m'en ont communiqué chacun un exemple.

Bon nombre des observations, de nos au-

teurs, je dois le dire, manquent de ce degré de précision indispensable en matière scientifique. La détermination de l'organe affecté n'a pas toujours été bien soigneusement établie.

Un certain nombre de fois, le développement du ventre semble avoir tenu à un simple météorisme intestinal. Baudelocque, du reste, fait observer que des exemples de cette fausse grossesse ont été également observés chez les femelles de quelques animaux domestiques.

Quoi qu'il en soit de la localisation de cette singulière affection, tous ceux auxquels il a été donné de la rencontrer sont d'accord pour reconnaître que sa solution naturelle arrive, d'ordinaire, vers le terme normal de la gestation. Elle peut cependant arriver plus tôt, comme on l'a vue se faire attendre pendant plusieurs années.

L'affaissement du ventre s'est quelquefois produit lentement; mais, chez la plupart des malades, la soi-disant grossesse s'est évanouie tout à coup. Dans un cas, dont j'ai pris connaissance quelque part, tous les accidents ont disparu brusquement, à la suite d'une vive impression morale.

Je ne saurais plus convenablement terminer cette simple note qu'en reproduisant un aphorisme de mon auteur favori. Que ceux de mes confrères qui se trouveront quelque jour dans la perplexité, en présence d'un cas de grossesse douteuse, veuillent bien tenir compte des enseignements précieux et trop oubliés que renferme ce même aphorisme, et, plus heureux que d'aucuns, ils pourront avoir le bonheur d'éviter de graves mécomptes.

Dans les soupçons douteux de grossesse avancée de quatre ou cinq mois, si l'on trouve que le nombril de la femme soit enfoncé, et l'orifice de la matrice petit et dur, on peut être assuré qu'elle n'est pas grosse d'enfant.

(Mauriceau, aphor. 98.)

Dr L. Hamon

Dépression vitale extrême en rapport avec une hémorrhagie post-partum. — *Excellents effets d'une médication très-simple.* — Appelé, le 14 avril de cette année auprès d'une femme en couche, je me rendis de suite auprès d'elle.

Arrivé à sa demeure, à 3 heures du matin, on me dit que cette femme avait accouché, vers les six heures du soir précédent et depuis elle était restée sans parler, sans mouvement, perdant toujours; en état d'éclampsie; le délivre avait été extrait.

Le pouls était absolument insensible, à la radiale, mais je crus le sentir au milieu de l'avant-bras. La voix était presque éteinte, et cependant en approchant l'oreille, on pouvait comprendre ses réponses. Mon embarras était extrême, je n'avais rien sous la main, et j'étais à 5 kilomètres de ma demeure.

Je demandai de l'eau-de-vie, j'en versai dans une tasse, un tiers sur deux d'eau, et je remuai fortement.

Je fis donner à la femme une cuillerée à soupe de ce mélange, de cinq en cinq minutes; en outre, on mit des refrigérants sur la tête, on tint les pieds chauds.

Je restai auprès de la malade environ deux heures; je m'aperçus bientôt que la chaleur revenait et que le pouls reparaissait.

Je crus pouvoir revenir chez moi, accompagné d'un commissionnaire pour prendre quelques médicaments.

Dans la journée, je revis la malade et son état s'était amélioré.

Cette femme après une convalescence, assez longue, s'est parfaitement rétablie.

Ce cas n'est malheureusement pas rare et si j'en transmets ici l'observation, c'est à cause des moyens que j'ai employés, et que l'on a toujours sous la main.

Dr Rioche.
A St-Jouan-de-l'Isle.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Os du tarse d'un pied de porc introduit dans l'œsophage. — Procédé du poireau. — Un berger de la commune de La Brulatte, homme d'une cinquantaine d'années, à moitié idiot, avala entier, dans un accès de gloutonnerie, un os du tarse d'un pied de porc. Cet os, dont le nom a été perdu, était irrégulièrement cubique, et de la grosseur d'une noix environ. Il s'arrêta dans l'œsophage, à l'endroit de prédilection des corps étrangers, c'est-à-dire au niveau du cartilage cricoïde.

Les Dr Creuzet et Bauchef tentèrent inutilement de le repousser ou de l'extraire ; ils envoyèrent alors le malade à l'hôpital de Laval. Là, pendant toute une soirée, les moyens les plus divers furent employés sans succès. Le panier de la sonde de Græfe put être introduit au-dessous de l'os; il ne réussit pas à ébranler celui-ci, et pour comble de malheur, il ne put être retiré. Heureusement que dans un effort très-violent d'extraction, le panier se détacha de la baleine et tomba dans l'estomac.

Aucune boisson ne pouvait passer, la respiration était très-gênée ; il fut décidé, le lendemain matin, que l'on aurait recours à l'œsophagotomie.

Pendant que l'on s'occupait des préparatifs, le médecin en chef de l'hôpital de Laval, le Dr Hubert, suggéra l'idée d'employer une tige de poireau. Ce procédé très-vieux décrit par Ambroise Paré, consiste à prendre un poireau à longue tige, dont les radicelles sont coupées, de la grosseur présumée de l'œsophage, à l'enduire d'huile et à l'introduire dans le canal pour repousser en bas le corps étranger.

On essaya sans succès avec un poireau de moyen calibre; on se servit enfin d'un très-gros, que l'on crut même, un instant, ne pouvoir conduire sur l'obstacle. A peine y fut-on parvenu, qu'avec une légère pression l'os se détacha et glissa doucement le long de l'œsophage dans l'estomac.

Il est donc bon de mettre au jour de nouveau ce procédé peu connu, mais d'un emploi facile, et que l'on a sous la main, partout, pendant plus de la moitié de l'année. Il est très-utile pour les petits corps pointus, comme les arêtes, qui se sont fixées dans le pharynx ; il les repousse dans l'œsophage, ou bien il les attire au dehors quand, par leur extrémité libre, ces petits corps percent les feuilles tendres et s'y attachent. Quant aux corps étrangers volumineux, comme celui dont je viens de parler, plus le poireau employé sera gros, plus il y aura chances de succès. Cela tient à ce que la pression s'exerce sur une large surface, et à ce que la dilatation forcée de l'œsophage se fait sentir plus loin que l'obstacle qui se trouve ainsi à l'aise dans le canal.

(*Bull. méd. de la Mayenne*)

Fracture du col du fémur; méthode pour la guérir sans raccourcissement, *par M. le docteur Jacquet, de Braine-le-Comte.*

Au lieu de lutter contre le raccourcissement du membre par des machines ou appareils à extension et contre extension permanente ou interrompue, au lieu de recourir aux bandages amidonnés ou plâtrés dont une bonne application et le maintien exact et continu sont souvent très-difficiles dans cette région, M. Jacquet s'attache à maintenir exactement les deux fragments en contact par une compression circulaire de tout le bassin, portant plus particulièrement sur les grands trochanters. Son appareil consiste en un bandage de corps ou ceinture faite en toile solide et fermée par des courroies et des boucles placées au devant du pubis.

Le degré de constriction doit être porté

au point de neutraliser et d'anéantir l'action des muscles trochantériens, notamment des fessiers, et de maintenir les membres dans une parfaite immobilité sur le bassin, tout en conservant au membre fracturé la longueur qui lui a été donnée par la réduction et la coaptation exécutées préalablement.

M. Jacquet a fait l'application de sa méthode sur deux malades dont il donne les observations. Il a maintenu ses deux patients au lit pendant six semaines avec des alternatives de relâchement et de resserrement de l'appareil, sans qu'il se manifestât aucun changement dans l'attitude donnée au membre, et il eut la satisfaction, lors de la levée de l'appareil, de les trouver parfaitement guéris sans raccourcissement du membre fracturé.

Le système préconisé par M. Jacquet et l'appareil au moyen duquel il le met à exécution sont-ils nouveaux dans la pratique? Cela nous est bien indifférent.

Il nous suffit de savoir, ainsi que l'affirme M. le professeur Soupart, dans le rapport qu'il a fait sur ce travail à l'Académie, que toutes les indications si bien prescrites par Malgaigne, M. Jacquet les a parfaitement remplies à l'aide de son bandage et de la fixité des pieds entre eux, et que deux fois le succès a couronné d'une façon remarquable, sa manière de procéder, puisque la guérison a été obtenue sans raccourcissement.

S'il en est ainsi, dit M. Soupart, et si d'autres faits viennent donner à ceux-ci la consécration qu'ils réclament, nul doute que le système de traitement et l'appareil de M. Jacquet doivent être préférés à tous les autres employés dans le même but; car, à part l'avantage que présentent les appareils amidonnés et plâtrés de permettre au patient de quitter le lit, il l'emporte sur eux par sa simplicité, par la possibilité de le rencontrer ou de le fabriquer partout et instantanément, par la facilité de son application et la faculté d'en varier le degré de striction sans changer la position du malade et sans s'exposer à déranger les fragments de l'os fracturé.

A tous ces avantages, l'appareil de M. Jacquet, qui peut subir des perfectionnements, joint encore celui d'aider à prévenir les eschares qui, chez les sujets débilités, sont la suite du décubitus sur le sacrum. Le soutien des parties, exercé et réparti d'une manière égale sur tout le pourtour du bassin, doit concourir à ce résultat.

(*Archives belges de thérapeutique*).

Hématocèle pelvienne (*traitée par la ponction*), par Alf. MEADOWES, *surgeon in St-Mary's hospital.* — A. W., 26 ans, entre le 23 octobre 1874. Antécédents bons. Mariée à 17 ans, sans enfants. Réglée à 15 ans et demi. Régulières jusqu'à 2 mois avant son entrée à l'hôpital, les menstrues furent toujours faibles et accompagnées de douleurs dans la région ovarienne droite. En août, 2 mois avant son entrée, les règles ne vinrent pas; depuis, tous les jours, douleurs aiguës lancinantes, mais non constantes, et s'étendant dans la partie inférieure de l'abdomen, qui devint très-sensible. Au toucher, le Dr Meadowes trouva l'utérus repoussé en avant contre la symphyse pubienne par une tumeur tendue, élastique et très-sensible, qui remplit et distend la poche de Douglas et occupe toute la partie postérieure du bassin. Au centre de cette tumeur molle, s'étendant en avant du rectum, il y a une partie proéminente, plus molle, plus élastique, comme sur le point de se rompre. Aucune tumeur n'est sentie au-dessus de l'utérus. Pouls, 100; température, 100° (Fahr.). Le Dr Meadowes déclare que :

1° Il y a une tumeur élastique dans la poche rétro-utérine, déplaçant l'utérus en avant.

2° L'histoire clinique démontre que la formation de cette tumeur a été rapide, même subite et accompagnée de douleurs vives : c'est une hématocèle péri-utérine.

3° Cette hématocèle est due sans doute à la rupture d'un kyste d'une grossesse extra-utérine, car deux périodes menstruelles ont passé sans menstrues; les mamelles sont un peu développées, les

aréoles distinctes et les follicules proéminents ; la douleur de côté a été constante, vive et s'est subitement aggravée.

Une semaine après, le Dr Meadowes ponctionne la tumeur rétro-utérine par le rectum avec un trocart courbe, et fait sortir 3 à 4 onces d'un liquide épais, sanguinolent. Le liquide s'écoule ainsi pendant deux jours par le rectum. La malade est grandement soulagée; la douleur diminue et disparaît. La tumeur diminue de volume et l'utérus revient à sa position normale. L'opération avait eu lieu le 30 octobre, et fin novembre la malade sort guérie.

Remarques. — Le Dr Meadowes prône la ponction dans le traitement de l'hématocèle de préférence à l'expectation, car : 1° l'opération faite avec soin n'est nullement dangereuse; 2° le soulagement est immédiat et grand; 3° la guérison est très-rapide; une collection de liquide est évacuée en quelques minutes, quand elle demanderait plusieurs semaines ou un mois pour être résorbée; 4° enfin, dans un grand nombre de cas de guérison, l'évacuation de la collection sanguine a eu lieu par une rupture spontanée de l'ématocèle ou par une opération, tandis que dans la grande majorité des cas à issue fatale, il n'y a eu ni rupture, ni opération, et, par suite, pas d'évacuation.

(*Brit. med. Journ.*, 19 déc. 1874.)

Observation de hernie crurale étranglée, réduite par des injections d'huile, après plus de trois jours de vomissements stercoraux, par William Adams. — L'injection employée par MM. Kavanagh de Septford et William Adams est un mélange d'huile d'olive, d'huile de castor et de térébenthine.

Le 10 mars, après un repas copieux, le malade (43 ans) s'était senti mal et crut à une indigestion. Pilules apéritives. Le lendemain douleur abdominale; rien au siége de la hernie, qui remontait à une chute de cabriolet faite trente ans auparavant. Les vomissements s'établirent le troisième jour. Le jeudi 13 mars, quand M. William Adams vit le malade avec le Dr Kavanagh, il y avait une hernie crurale étranglée du côté gauche, petite, mais bien définie, et des symptômes graves. Tous les efforts pour réduire la hernie par le taxis, aidé de bains chauds, etc., furent infructueux, et les vomissements stercoraux continuaient. Le malade refuse l'opération, il rejette toute nourriture. On fit une première injection infructueuse. Le samedi, le malade est dans un état désespéré; entre onze heures et minuit, le Dr Kavanagh fait une nouvelle injection du mélange de térébenthine au moyen d'un long tube et d'une façon lente. A deux heures du matin, la tumeur herniaire céda complétement et, entre trois et quatre heures, les intestins furent copieusement vidés; le malade peut garder du thé de bœuf et de l'eau-de-vie. Plus de douleur ni de tension abdominale. La guérison est rapide, et une semaine après il put reprendre ses occupations en portant un bandage herniaire.

Le Dr Kavanagh rapporte que dans trois autres cas d'obstruction intestinale avec vomissements stercoraux et douleur abdominale intense, mais sans hernie externe, il avait employé avec succès les injections répétées d'une grande quantité d'huile de castor et de térébenthine. Dans un de ces cas, les symptômes avaient existé douze jours avant qu'il fût appelé, et le succès fut complet. Les premières injections ne furent généralement pas retenues; les suivantes l'ont été.

(*Revue med. de l'Est.*)

Du repos au lit après l'accouchement. — Le docteur Goodell, de Philadelphie, professe, sur le traitement des femmes en couches, des idées très-opposées à celles qui sont reçues généralement. Il encourage ces malades à se lever aussitôt qu'elles s'y sentent disposées, parce que, selon lui, beaucoup d'objections très-sérieuses s'élèvent contre la position horizontale prolongée. Le travail de l'accouchement étant un acte purement physiologique, il n'y a pas de bonne raison qui permette de le transformer en

maladie. La nature le montre bien explicitement par ce fait que nombre de femmes désirent se lever avant que leur médecin le leur permette, et ce désir doit être considéré comme une raison suffisante pour qu'on les y autorise. En second lieu, quelques médecins considèrent que rien ne relâche la tonicité de la fibre musculaire comme le confinement au lit. D'après son expérience personnelle, le docteur Goodell estime que les femmes se sentent plus fortes le cinquième jour que le neuvième si elles sont rigoureusement maintenues sous les couvertures. Bien plus, la position debout, non-seulement excite la contraction de l'utérus, mais, en régularisant la circulation, diminue la quantité des lochies et abrége la durée de leur écoulement. Au contraire, le décubitus dorsal détermine une congestion passive de tout l'organe, l'engorgement de la paroi intérieure déjà hypertrophiée au point de l'insertion placentaire, toutes choses de nature à empêcher les phénomènes consécutifs de l'évolution utérine. Une autre raison est tirée de ce que les affections utérines sont presque inconnues dans les pays où les femmes ont l'habitude de se lever de bonne heure après leur délivrance. D'après la lecture des classiques, il paraît évident que chez les Grecs et les Romains, les femmes se levaient très-peu de temps après leur accouchement, souvent le jour même, pour se plonger dans une eau courante. Enfin, ce qui vaut mieux que toutes les théories, une expérience suffisante et bien établie a prouvé au docteur Goodell qu'un semblable traitement rendait la convalescence plus prompte et plus sûre. (*Cincinnati Medical Record and Practitionner.*)

Fistule recto-vaginale; parturition inachevée par l'anus, par Guedes (de Lisbonne). — Ce fait curieux a été relaté par Ramiro Guedes, le 13 février, à la Société médicale de Lisbonne. Le 20 avril 1874, il avait été appelé près d'une femme de trente-cinq ans, enceinte pour la troisième fois. Premier accouchement très-long, suivi de la naissance d'un enfant mort; dans le second, le médecin dut extraire l'enfant qui était mort, et il résulta de l'intervention une fistule recto-vaginale. Quand Guedes vit la femme, le soir du 20 avril, le travail ayant débuté la nuit précédente, il la trouva avec la langue sèche, des vomissements bilieux répétés, l'abdomen très-distendu par le fœtus et par du météorisme, et très-douloureux à la plus légère pression, le pouls imperceptible, la respiration anxieuse et fréquente; ténesme vésical et rectal; contractions utérines énergiques et très-rapprochées. L'examen local montre les lèvres gonflées, rouges et douloureuses, ainsi que tout le périnée; le doigt ne pouvait pénétrer dans le vagin à plus d'un pouce et demi à cause du gonflement général des tissus et de la présence de deux plans résistants, un en avant formé par l'arcade pubienne, l'autre en arrière par la tête fœtale; celle-ci se présentait à l'anus un peu dilaté. Aucune force n'était capable de faire abandonner à la tête cette position.

La malade étant atteinte d'une péritonite intense, Guedes jugea inutile de la délivrer par la périnéotomie ou par tout autre opération. Elle mourut le lendemain; l'autopsie fut refusée.

Dans la discussion qui suivit, M. Alves Branco dit qu'en pareil cas on devait faire la périnéotomie si l'enfant était vivant. M. Guedes répondit qu'il ne l'avait pas faite parce que la femme était moribonde et que l'enfant était mort. (*Correio medico de Lisboa*).

Le collodion contre l'érysipèle, le zona et l'anthrax. — Depuis plus de dix ans, je n'oppose pas d'autre obstacle à la marche de l'érysipèle et n'applique pas d'autre topique, que le collodion, sauf quelques rares exceptions, sur la surface envahie.

Ainsi, dès que je suis appelé à prescrire un traitement contre l'érysipèle, dans mon service de l'Hôtel-Dieu, de Toulon, ou dans ma clientèle, je commence par faire couvrir la partie du corps qui en est le siége, d'une couche de collodion médicinal, portée jusqu'à 5 ou 6 centimètres au delà des limites du mal, et, presque

toujours, l'inflammation se trouve définitivement circonscrite.

Je dis : presque toujours, car je n'ai pas été aussi heureux que l'un de mes honorables confrères de Nice.

Quelquefois, en effet, j'ai été obligé de poursuivre assez loin la marche de l'inflammation, en renouvelant les barrières antérieurement franchies; une fois même, chez une jeune fille de l'hospice de la Charité, un érysipèle de la face devint si *ambulant* qu'il se porta sur le cuir chevelu, les épaules, les bras, la poitrine, les lombes, l'abdomen et les membres inférieurs ; de sorte que cette pérégrination ne cessa que lorsqu'il n'y eut plus de chemin à parcourir, la maladie se terminant alors par la guérison.

Quoi qu'il en soit, je crois à l'efficacité du collodion élastique pour arrêter la marche envahissante de l'érysipèle ; j'y crois aussi et surtout dans son emploi comme topique sur les surfaces occupées par l'inflammation. Ce médicament rend aussi de non moins grands services dans le traitement du zona et de l'anthrax.

(*Union médicale*).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 novembre 1875.

Présidence de M. Gosselin.

M. Giraud-Teulon présente un *ophthalmoscope métrique*, destiné à déterminer la réfraction de l'œil, qui se distingue des instruments analogues.

Il renferme une série de verres à intervalles de réfraction réguliers, tandis que dans les instruments jusqu'à présent usités on a été contraint, à cause du nombre restreint des verres, de choisir des intervalles irréguliers et forcément arbitraires.

M. Bergeron offre à l'Académie, de la part de MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz et Audigé, une brochure qui a pour titre ; *Recherches expérimentales sur les alcools par fermentation*, c'est-à-dire, les alcools éthylique ou esprit de vin, propylique, butylique et amylique.

Ces recherches, en effet, ont pour but d'étudier l'action des alcools administrés, non plus à doses toxiques, mais à petites doses, plus ou moins longtemps continuées. Elles doivent donc répondre à un *desideratum* que j'ai exposé, il y a cinq ans, devant l'Académie, et que, sur ma proposition, la Société de tempérance a donné depuis comme sujet de concours, à savoir, la recherche, à l'aide de l'expérimentation, à défaut d'observation clinique, des différences que pourraient présenter, dans leur action sur l'organisme, d'une part, l'alcool éthylique ou esprit de vin, et, d'autre part, les alcools extraits de la betterave, des grains ou des pommes de terre, qui renferment en proportion variable les alcools propylique, butyliqne et amylique.

Pour les alcools de diverses provenances, il peut exister des différences que l'analyse la plus habile est impuissante à révéler; et n'est-ce pas répéter une banalité, que dire que quelque fins, quelque sensibles que soient les réactifs dont usent les chimistes, il y en a un plus fin encore et plus sensible, qui est l'être vivant. C'est à ce réactif que MM. Beaumetz et Audigé ont demandé la solution du problème.

Séance du 30 novembre 1875.

Présidence de M. Gosselin.

M. le président annonce la mort de M. Giraldès. M. Alph. Guérin donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de ce regretté collègue.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un associé national.

Sur 70 votants, majorité 36.

M. Rufz obtient. 54 suffrages.
M. Chauveau. 13 —
M. Jules Roux. 2 —
Un billet blanc.

M. Rufz est proclamé élu.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un associé étranger.

Sur 66 votants :

M. Christison (d'Edimbourg) obtient 46 voix.
M. Donders (d'Utrecht). 18 —
2 bulletins blancs.

M. Christison est élu.

M. Dechaux (de Montluçon) donne lecture d'un travail sur le *lympathisme de la femme*. (Ce travail est renvoyé à la commission des correspondants nationaux)

Lupus de la main — M. Desprès présente une malade âgée de quarante-deux-ans, atteinte depuis huit ans d'une affection ulcéreuse de la peau de l'avant-bras et des doigts annulaire, auriculaire et indicateur de la main gauche. Ces trois doigts ont été successivement et progressivement détruits par un petit ulcère commençant sur le bout du doigt et creusant en surface et en profondeur; seulement les parties molles, et l'os se sphacèlent par portion en progression de l'ulcération de la peau. Il y a sur le bras sept ou huit ulcères de même nature, mais les doigts ne sont atteints que depuis un an.

La malade a des antécédents scrofuleux des mieux confirmés.

(Renvoyé à l'examen de MM. Hardy, Devergie et Hillairet).

CHRONIQUE ET MISCELLANÉES.

Concours des prix de l'internat. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Première division. (Internes de 4e et de 3e années): Médaille d'or, F. Raymond; — médaille d'argent, P. Reclus; — 1re mention, V. Hanot; — 2e mention, H. Duret. — Les candidats ont eu à traiter comme questions orales : *De l'épithélioma de la langue* ; des *hémorrhagie dans la fièvre typhoïde.*

Deuxième division (Internes de 2e et de 1re années): Médaille d'argent, Kirmisson; — Accessit, M. Schwartz ; — 1re mention, H. de Boyer, — 2e mention, M. Léger. — Les candidats ont eu à traiter comme questions orales : *Nécrose phosphorée*; *varicelle.*

Enfants assistés. — Il résulte d'un rapport de l'Assistance publique que le nombre des enfants assistés, actuellement à la charge du département de la Seine, s'élève à 27,000 environ, occasionnant une dépense, en chiffres ronds, de 4 millions.

Dans le courant de l'année dernière, 3.200 nouveau-nés ou enfants abandonnés ont été recueillis par l'Assistance publique.

***

Sur le rapport de M. Villeneuve, le conseil général de la Seine approuve le projet de vœu suivant déposé par M. P. Dubois, en son nom et en celui de sept de ses collègues.

Considérant :

« 1° Que la loi de 1838 donne à tout docteur en médecine français, le droit de faire entrer d'urgence dans les établissements d'aliénés toute personne qu'il aura jugée affectée d'aliénation mentale ;

2° Qu'un très-grand nombre de docteurs en médecine, jusqu'au moment où leur diplôme leur a été délivré, n'ont jamais eu l'occasion d'examiner un aliéné, l'enseignement des affections mentales n'existant pas dans les facultés de France ;

3° Qu'il est impossible que le gouvernement continue de donner un tel droit à des hommes dont la plupart sont incompétents;

Les soussignés émettent le vœu que cette situation étant connue de M. le ministre de l'instruction publique, un enseignement clinique des affections mentales soit créé dans le plus bref délai à la Faculté de médecine de Paris.

(*Signé*) : Paul Dubois, Castagnary, Clémenceau, Ch. Loiseau, Bixio, Cléray et Lauth.

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

***

Les fils d'Esculape en France.

De 1803 à 1873, c'est-à-dire pendant l'espace de soixante-dix ans, on a reçu 28,807 docteurs en médecine, et 15,671 officiers de santé, soit 44,478 praticiens.

Si maintenant l'on compare le personnel médical français existant sous le règne de Louis-Philippe, sous celui de Napoléon III, et le 31 décembre 1874, on obtient les résultats suivants :

En 1847, on comptait en France 18,099 praticiens, non compris ceux qui, à cette époque, exerçaient en Algérie.

En 1853, leur nombre était de 18,110, y compris 58 praticiens algériens. En 1857, ce chiffre n'était plus de 17,555. En 1866, il y avait en France, 11,595 docteurs en médecine et 5,729 officiers de santé, soit au total 17,420 y compris les hommes de l'art qui exerçaient alors au nombre de 303 dans les départements cédés en 1871 à l'Allemagne.

En 1871, il n'existe plus sur notre territoire que 10,849 docteurs et 4,219 officiers de santé ; ensemble 15,068 praticiens, soit une diminution totale de 1,953 praticiens, dont 543 docteurs et 1,410 officiers de santé, défalcation faite du département du Bas-Rhin et des parties des départements du Haut-Rhin, de la Meurthe, de la Moselle, qui nous ont été enlevés à la suite de la dernière guerre. (*France médicale*).

***

— Nous lisons dans *el Pabellon médico*:

« On a essayé, il paraît, avec succès, un moyen très-simple avec lequel on peut affirmer si la mort d'une personne est réelle ou apparente. Cette méthode consiste à injecter une goutte d'ammoniaque sous la peau : si la mort est certaine, elle ne produira aucun effet, ou presque rien; mais s'il y a de la vie, il paraîtra une tache rouge au siége même de l'injection. »

***

Nécrologie.—*Mort de M. Giraldès.* —Mardi dernier, l'Académie de médecine écoutait avec attention et intérêt un discours érudit de M. Giraldès, et trois jours après, vendredi, M. Giraldès tombait, frappé de mort subite, à la bibliothèque de la Faculté de médecine. M. Giraldès, membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie et d'un grand nombre de Sociétés savantes, agrégé libre de la Faculté, chirurgien de l'hôpital des Enfants, de la Compagnie du chemin de fer du Nord, officier de la Légion-d'honneur, était un médecin des plus érudits; il possédait à fond plusieurs langues vivantes, et sa mémoire était un trésor bibliographique inépuisable et toujours ouvert. Sa perte sera vivement sentie dans toutes les Sociétés savantes dont il faisait partie, et où il trouvait journellement l'occasion de montrer toutes les ressources de sa vaste érudition. M. Giraldès est mort comme il avait vécu, au milieu des livres.

— *Encore une victime du dévouement professionnel* — Gary (Aubin-François) est mort la semaine dernière d'une angine couenneuse contractée en donnant des soins aux enfants de l'hôpital Sainte-Eugénie.

* *
*

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — *Du* 19 *au* 26 *novembre* on a constaté 770 décès, savoir : variole, 2; rougeole, 2 scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 27 ; érysipèlé, 4; bronchite aiguë, 33 ; pneumonie, 49 ; dysentérie, 1 ; diarrhée cholériforme des enfants, 1 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0; angine couenneuse, 11 ; croup, 21 ; affections puerpérales, 5; autres affections aiguës, 219 ; affections chroniques, 350 (dont 146 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 31; causes accidentelles, 13.

Du 26 *novembre au* 3 *décembre* 814 décès ainsi répartis: variole,5; rougeole, 4; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 29 ; érysipèle 4; diarrhée cholériforme des enfants, 6; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 22 ; croup, 23 ; affections puerpérales, 7; autres affections aïgues, 216 ; affections chroniques, 358 (dont 153 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 28; causes accicentelles, 21.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

—

P. Asselin, place de l'Ecole de médecine,

De la mort subite ou rapide après la thoracentèse, par le docteur Eugène Foucard, ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris, gr. in 8° prix 2 fr.

Guide du médecin praticien et de la sage-femme pour le diagnostic et le traitement des maladies utérines, suivi d'un appendice sur la stérilité par le Dr E. Verrier, préparateur du Cours d'accouchement de M. le professeur Pajot à la Faculté de médecine de Paris, Professeur libre de tocologie et de gynécologie, rédacteur en chef de la *Gazette obstétricale*, 1 fort vol. in-18, avec 133 figures intercalées dans le texte, cartonné à l'anglaise. Prix : 7 fr.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France par le Dr Félix Roubaud; pour 1876. Prix : 4 fr. S'adresser, 21, rue de la monnaie. Paris.

Annuaire-agenda des médecins et pharmaciens de Paris, un vol. cartonné in-8°. Prix : 1 fr. 50 *Chez* M. Simonnet, 21, *rue de la Monnaie.*

Registre des médecins par M. E. Simonnet 400 pages, forte reliure.
Prix : 12 fr.
Registre n° 1, pour les médecins des villes.
Registre n° 2, pour les médecins de campagne, 21, *rue de la Monnaie, Paris.*

Mémento de thérapeutique dosimétrique par le Dr Burggrave. Chez M. Ch. Chanteaud, rue des Francs-Bourgeois, 51.

Boîte aux lettres,

4130.—Dr B...à Ch...Loire-Inf.—Merci. Il sera tenu compte de votre observation.

4509.— Dr L... à la Ferté-Macé.— Nous vous engageons beaucoup à préparer le travail dont il s'agit. —Nous attendons les articles que vous nous avez annoncés.

1010— Dr H. J. Bl... à St-M... —Veuillez nous adresser un mandat de poste à la date fixée par vous.

4113. — N.., P..., à Aigres. Envoi d'un article qui vous intéresse. Ne le laissez pas sans réponse.

AVIS.

Nous prions ceux de nos lecteurs qui désirent nous être agréables, de vouloir bien nous adresser, dans la fin du mois, par un mandat de poste, qui leur tiendra lieu de quittance, le montant de leur abonnement pour 1876 : ils allégeront ainsi sensiblement la lourde tâche qui nous incombe à la fin de chaque année.

Le Rédacteur en chef-gérant,
Dr Hamon, de Fresnay.

TABLE DES MATIÈRES DE 1875

A

Abcès de l'anus; ligature élastique, 648 — chaud. Traitement, 507 — ganglionnaire du cou, 367 — du placenta, 412 — rétro-pharyngien, 338 — du tibia, 282 — du sein (engorgements laiteux précurseurs des), 156.
Abdomen (hydrocèle dans l'), 273.
Ablation de l'humérus et des ovaires, 48 — des tumeurs pédiculées de la peau, 45, 73.
Accidents causés par les bains, 188 — consécutifs à la thoracentèse, 589.
Accouchement. Colchique, 265 — Chloroforme, 134 — Considération sur l'action du rétroceps, 573 — (double vagin faisant obstacle à l'), 155 — Emploi de la force mécanique, 386 — des fœtus morts, 464 — (hémorrhagie après l'), 321; (pendant l'), 462 — prématuré artificiel, 40, 69, 94, 121 — (Tumeur calcaire faisant obstacle au travail de l'), 466 — (du repos au lit après l'), 659.
Acide carbolique contre les ulcères variqueux et lymphatiques, 23 — Injections, 412.
Acide lactique. Affections couenneuses, 567.
Acide oxalique contre la diphthérite, 248 — (calculs d') produits par l'usage de la rhubarbe, 466.
Acide phénique (inhalation d') dans le traitement de la toux féline, 580 — Injections, 187, 412, — Vésication, 636.
Acide salycilique dans la diphthérie, 606.
Acné produit par le bromure de potassium, 78 — indurata, 343 — sébacéa, 288.
Aconitine (de l'), 538.
Adénite syphilitique. Injections d'iodure de potassium, 577.
Adénoïde de la mamelle. Traitement, 258.
Adénopathie bronchique. Traitement, 118.
Adultération des eaux de Paris, 166.
Affections couenneuses. Acide lactique, 567 — cutanées; pronostic, 286 — gastriques; pompe stomacale, 396.
Agents principaux de dilatation de l'orifice de l'utérus, 149.
Albuminerie. Colchique, 266 — (Anasarque compliquée d'), 493.
Alimentation (diarrhée par suite de mauvaise), 94 — artificielle des enfants, 157 — nouvelle, 641.
Allaitement des enfants, 491.
Amaurose. Extraction des racines des dents, 412.
Aménorrhée. Sinapisme sur le sein, 108 — Traitement, 120.
Amputation, 115 — du bras, 366 — de jambe, 64, 116, 145, 173 — du médius, 145 — du sein, 367 — tibio-tarsienne, 90 — (plaies d'), 144.
Amussat. Ablation des tumeurs pédiculées de la peau, 45, 73 — Application de la galvanocaustique, 454, 479 — Considérations sur les appareils employés dans la galvanocaustique, 331 — Sonde à dard, 130; à demeure, 570.
Amygdales (gonflement des). Jus de citron, 354.
Amygdalotomie (note sur l'), 152.
Anasarque. Traitement, 68 — compliquée d'œdème du poumon, 493 — V. Hydropisies.
Anesthésie locale. Traitement, 87, 143 — Formule, 216 — (Mortalité causée par les), 438.
Anévrisme. Colchique, 266 — Traitement, 92, 174 — circoïde, 621 —.
Ankylose temporo-maxillaire. Traitement, 227.
Anneau pessaire, 499.
Anthrax. Collodion, 660 — (abcès de l'), ligature élastique, 648 — Traitement, 117 — des lèvres, 449.
Anus contre nature, 618 — (douche percutante sur l') contre la chute du rectum, 438 — (fissure à l'), 578, 618 — (fistule à l'); section linéaire, 433; ligature élastique, 581 — Imperforation, 450 — (parturition inachevée par l'), 648.
Aorte (compression de l'), dans les hémorrhagies après l'accouchement, 321.
Apepsie (prise contre l'), 605.
Aphonie nerveuse. Inhalation de chloroforme, 409.
Apomorphine expectorant, 80.
Apoplexie. Respiration artificielle, 492.
Appareil pour les fractures de la rotule, 400.
Appareil digestif (affections de l'), 449, 618.
Arc sénile. Colchique, 266.
Armée active et territoriale. Recrutement du personnel de santé, 221 — (réserve de l'), 205.
Arnica (teinture d'), 247 — dans le traitement de l'orchite, 495.
Arsenic contre le cancer, 273 — pour provoquer l'avortement, 352.
Artères (tortion des), 607 — radiale (blessure de l'), 174.
Arthrite fongueuse, 199 — sèche, 259 — suppurée du genou, 33.
Articulations (affections des), 9, 31, 115, 199, 226, 259, 281, 339, 365, 393, 477, 561 — (hydropisie des), 319.
Ascite, V. Hydropisie.
Asphyxie par l'écume bronchique, 498 — par la ponction aspiratrice, 186.
Aspirateur pneumatique. Observations, 300.
Aspiration du gaz contre l'obstruction intestinale, 250.
Assistance publique, 220.
Association française pour l'avancement des sciences, 555.
Association des médecins de France, 112, 194.
Association des médecins de la Seine, 164.
Asthme. Colchique, 266.
Atropine contre l'empoisonnement par la strychnine, 135.
Auscultation obstétricale, 182 — plessimétrique, 489.
Autoplastie. Nouveau procédé, 132.
Avortement provoqué par l'arsenic, 352 — (menace d'); hydrate de chloral en lavement, 439 — (Quand faut-il provoquer l'), 467.

B

Bains (accidents par les) dans la pelvi-péritonite, 188 — chauds; action thérapeutique, 103, — froids, dans la fièvre typhoïde, 65.
Balance (emploi de la), 104.
Balano-posthite, 401.
Basedow (maladie de). Injections d'ergotine, 50.
Bassin (rétrécissement du). Opération césarienne, 633.
Beauvais (de). La Balano-posthite et le phimosis diabétique, 401.
Bec-de-lièvre. Traitement, 7, 36, 92, 284.
Bégaiement, 53.
Begin. Herpétisme, 626.

Belladone contre le goître exophthalmique, 21 — (empoisonnement par la), 49.
Biberon (le), 20.
Bicarbonate de soude contre le mal de dents, 495.
BIDEL et ses fauves, 529.
Blennorrhagie. Colchique, 266.
Blennorrhée. Traitement, 115, 133.
Blessure de l'artère radiale. Traitement, 174.
Boletus-satanas. Empoisonnement, 79.
Bols alimentaires obstruant l'orifice laryngé, 602.
Bouche (affections de la), 7, 231, 284, 620.
Bourse pré-rotulienne (épanchement dans la). Traitement, 393.
Bras. Amputation, 366 — Contracture des muscles, 638 — Fracture, 171 — (psoriasis), 288.
Bromure de lithium, 250 — de potassium ; acné, 78.
Bronchite. Traitement, 94, 605 — Colchique, 266.
Broncho-pneumonie. Traitement, 178.
Brûlures. Pansement, 108.
Buveurs (les) de sang, 362.

C

CADIER. Constitution médicale en 1874, 11, 37, 65 — Revues cliniques, 93, 118, 177, 235, 262, 287, 343, 511, 537, 565, 645.
Cadres (la loi des), 221.
Café (intoxication par le), 353.
Calcul d'acide oxalique produit par l'usage de la rhubarde, 466 — vésical, 479, 536.
Camphre (monobromure de), 22.
Cancer. Arsenic, 273 — de la langue, 148 — de l'estomac; condurango, 328.
Cancroïde. Traitement, 64 — de la lèvre, 618.
Caoutchouc (application du) à la chirurgie, 609 — (anneau en) dans le déplacement de l'utérus, 276.
Carie des dents, 125 — des os. Traitement, 64.
CASTILLO PINEIRO. Forceps à accessoires multiples, 487.
Castration. Traitement, 536.
Cataracte. Traitement, 62, 310 — Opération par le procédé sous-capsulaire, 544.
Catarrhe. Traitement, 605.
Cathétérisme de la trompe d'Eustache. Traitement, 533.
Caustiques. Fistules vésico-vaginales, 579.
Cautérisation. Nitrate d'argent, 248.
Caves (les) de Berne, 445.
Cavité abdominale (drainage de la) et les injections intra-péritonéales, 634.
Céphalalgie. Colchique, 266.
Céphalœmatome, 635.
Céphalotripsie, 360.
Cercueils (exposition de) en Angleterre, 475.
Cerveau (signes ophthalmoscopiques différentiels de la commotion et de la contusion du), 554.
Charbon (le). Traitement, 330.
Chaux dans les yeux. Eau sucrée, 159.
Chloral (injection de), dans le choléra, 604 — dans les convulsions, 376 — contre les menaces d'avortement, 439 — dans l'incontinence d'urine, 580 — dans la rétention d'urine, 465 — dans les ulcérations du col de l'utérus, 553 — contre le rhumatisme cérébral, 416 — contre le vomissement des femmes enceintes, 248 — (glycérolé de), 216 — mal de mer, 22.
Chloride d'ammonium contre l'hématurie, 465.
Chloroforme 648 — (méfaits du), 29, 57 — dans les accouchements naturels, 134 — dans la chirurgie des enfants, 158 — (inhalation de), contre l'aphonie nerveuse, 409 — (mort apparente causée par le), 522.
Choléras-morbus, 18, 275, 501 — Colchique, 267, 303 — Discussion, 384, 414, 441, 443, 470, 497 — Injection de chloral, 604.
Chorée. Colchique, 267.
Chute du rectum, 506 — douche percutante, 438 — de l'utérus, 218.
Citron (jus de); gonflement des amygdales, 354.
Clavicule (fracture de la). Traitement, 116, 561.
Clitoris (hémorrhagie par rupture d'une des racines du), 462.
Cloison recto-vaginale (déchirure de la), 228.
Coagulation du sang à son issue de l'organisme, 554.
Cœur (moyen d'arrêter les palpitations du), 604.
Col du fémur (fracture du). Traitement, 63, 523, 657.
Col utérin. Moulage de gypse, 156.
Col de l'utérus (dilatation du) contre les vomissements incoercibles de la grossesse, 406 — (ulcération du), chloral, 553.
Col vésical (contracture du), 62.
Colchique (du) et de ses propriétés, 205, 238, 265, 289, 316, 344.
Colique de plomb. Traitement, 93.
Collodion contre l'érisypèle, le zona et l'anthrax, 660.
Côlon (main introduite dans le) pour la réduction de la hernie étranglée, 603.
Commotion du cerveau. Signes ophthalmoscopiques, 554.
Compression (de la) ovarienne et épigastrique dans l'hystérie, 131 — de l'aorte, dans les hémorrhagies après l'accouchement, 321.
Conception (extraction (*post-mortem*) du produit de la), 431.
Condurango contre le cancer de l'estomac, 328.
Congestion pulmonaire. Traitement, 511, 538.
CONSTANTIN PAUL. Irrigation nasale, 622.
Constipation. Traitement, 120 — Colchique, 267 — Lavement d'eau alcoolisée, 569 — Symptômes graves, 630.
Constitution médicale en 1874, 11, 37, 65.
Constriction permanente des mâchoires. Traitement, 116.
Contracture du col vésical, 62 — des muscles du bras, 638.
Contusion du cerveau. Signes ophthalmoscopiques, 554 — du talon, 366.
Consolidation vicieuse d'une fracture, 63.
Contagiosité de la fièvre puerpérale, 484.
Convulsions. Chloral, 376.
Coqueluche. Colchique, 267. — Traitement, 352, 413.
Cordon (prolapsus du), 328.
CORNAZ Traitement de diverses affections gastriques au moyen de la pompe stomacale, 396.
Cornée (taches cicatricielles de la). Traitement, 35. — Ulcération, 635.
Corps étrangers articulaires. Traitement, 227 — du tube digestif. 505.
Coryza. Tannin, 135.
Cou (affections du), 231, 284, 367, 507 — (abcès du), 367 — (tumeurs et plaie du), 233.
Coxalgie. Traitement, 9, 31. 395.
Crâne (déformation du). Traitement, 9.
Crayons d'iodoforme, 135.
Crémation, 221, 416, 418, 502.
Crevasses du mamelon, 408.
Crochet articulé du Dr Hyernaux, 326.
Croup. Colchique, 267.
Cuir chevelu (kyste sébacé du). Traitement, 233.
Cuisse (fracture de la). Traitement, 9, 90, 115, 477 — (pseudarthrose de la), 478.
Cystite. Colchique, 267 — Injection, 216 — blennorrhagique ; ponction capillaire de la vessie, 184.

D

DAMOISEAU. Intermittence ou la détente, 154 — de la Térabdelle, 597.
DARIN. Contribution à l'enquête sur la contagiosité de la fièvre puerpérale, 484.
Déchirure de la cloison recto-vaginale, 228 — du périnée, 228, 451 — de l'urèthre, 90.
Déformation du crâne. Traitement, 9.
Délivrance artificielle, 294 — attitude (à *tergo*) 459.
Dentition intra-utérine, 558.
Dents (extractions des racines des) contre l'amaurose, 412 — (maladies des yeux nées de la carie des), 125 — (mal de), bicarbonate de soude, 495 ; remède, 158.
Déplacement (du) sans fracture de la septième vertèbre cervicale ; avec la première dorsale, 549 — de l'utérus, 276.
Dépression vitale en rapport avec une hémorrhagie *post-partum*, 656.
Destruction de la membrane du tympan, 534.
Détente (intermittence ou la), 154.
Déviations du rachis. Traitement, 478.
Diabète sucré, Opium, 635.
Diarrhée. Lavement d'eau alcoolisée, 569 — Œnothéra biennis, 108 — Oxyde de zinc, 107, 215 — par suite de mauvaise alimentation, 94.
Dilatation de l'orifice de l'utérus (agents principaux de), 147, 179.
Diphthérie. Acide salycilique, 606.
Diphthérite. Acide oxalique, 248 — Traitement, 634.
Diplomés (les), 417.
Doigts (affections des), 506.
Douche percutante. Chute du rectum, 438.
Douleurs névralgiques. Baume, 109 — mammaires, 300.
Drainage de la cavité abdominale, 634.
Dysentérie. Traitement, 328.
Dystocie, 326, 515, 540.

E

Eau alcoolisée (lavement d') dans la constipation et la diarrhée, 569 — froide dans la pneumonie, 353 — pure (injections sous-cutanées d'), 552 — de Paris (adultération des) 166 — sucrée contre la chaux dans les yeux, 159.
Ecrasement de la main. Traitement, 393.
Ecthyma. Traitement, 344.
Ecume bronchique (asphyxie par l'), 498.
Ectropion. Traitement, 65, 118, 309.
Eczéma. Traitement, 216, 343, 563 — Colchique, 267 — de la main, 264.
Electricité contre la sciatique, 410.
Electrothérapie, 496.
Eléphantiasis du scrotum. Traitement, 62.
Embolie pulmonaire. Traitement, 538.
Empoisonnement par la belladone, 49 ; par le boletus-satanas, 79 ; par un chapeau, 586 ; par le colchique, 241 ; par la morphine, 424 ; par la strychnine, atrophine, 135 ; par des vésicatoires cantharides, 550.
Empyème. Traitement, 465.
Epiplocèle enflammée. Traitement, 619.
Encéphalite rhumatismale. Colchique, 267.
Endocardite. Colchique, 267.
Enfants (alimentation artificielle des), 157 — (le chloroforme dans la chirurgie des), 157.
Engorgements abdominaux. Colchique, 267 — des glandes. Colchique, 268 — laiteux précurseurs des abcès du sein, 156.
Enrouement. Potion, 329.
Enseignement supérieur (la loi sur l'), 419 — et les haras en France, 584.
Epanchement pleurétique. Ponction aspiratrice, 486 — sanguin dans la bourse prérotulienne, 393 — séro-albumineux, 589.
Epaule (luxation de l'). Traitement, 227, 283, 579.
Epidémies. Colchique, 289 — Rapports, 80.
Epilepsie. Colchique, 268. — Traitement arsénico-bromé, 183, 370, 524.
Epispadias. Traitement, 256.
Epistaxis. Traitement, 636.
Epithélioma de la langue. Traitement, 231 — de la lèvre, 285.
Ergot de seigle. Traitement, 512.
Ergotine (injection d') dans la maladie de Basedow, 50.
Erysipèle. Colchique, 268 ; — collodion, 660 ; goudron, 107. 354 ; injection d'acide carbonique 412 ; lotion 606 ; silicate de potasse, 605.
Escargots (soixante-dix) dans le rectum, 558.
Esthiomène. Traitement, 113.
Eschole de Salerne, 503.
Estomac (cancer de l'). Condurango, 328.
Ether (mort imminente pendant l'administration de l'), 464.
Etranglement herniaire. Traitement, 619.
Exposition de cercueils en Angleterre, 475.
Extraction (*post mortem*) du produit de la conception, 431.
Evacuation par l'aspirateur d'un utérus gravide, 214.
Extrophie de la vessie. Traitement, 149.

F

Fécondation par coups de feu, 363 — des mariages en Europe, 445, 473, 501.
Femmes-médecins, 85, 167, 417, 639.
Fémur (consolidation vicieuse d'une fracture du), 63 — (fracture du col du), 115, 523, 635, 657.
Fer (perchlorure de). Injection, 495, 513.
Fermentation, 159, 162, 190, 217, 249.
Ferments (du rôle des) dans les maladies chirurgicales, 111.
Fièvre inflammatoire, colchique, 268 — intermittente, colchique, 269 — pernicieuse épileptique, 371 — puerpérale, 249, 484, 557 — typhoïde ; bains froids, 65 ; lavement froid, 496 ; traitement, 177 ; au Sénégal, 274 ; — (quelques complications de la), 647, 511.
Figues (vin de), 417.
Fissure à l'anus. Iodoforme, 578 — Traitement, 618.
Fistule à l'anus. Ligature élastique, 581 ; section linéaire, 443 — anale, 449, — dentaire, 521 — lacrymale ; traitement, 34, 65, 147 — urinaire, 61 — vésico-rectale et recto-vaginale, 537, 562, 660 — vésico-vaginale, 451 ; caustiques, 579 — salivaire, 620.
Flexion prolongée. Hémorrhagies artérielles, 353.
Fœtus morts (conduite à tenir dans les accouchements des), 464 — (impressions de la mère sur le), 557.
Foie (kyste hydatique du). Traitement, 92, 189 275, 368, 422, 601.
Forcipressure (hémostase par la), 453.
Forceps à accessoires multiples, 487.
Fosse iliaque (phlegmon de la). Traitement, 149.
Fosses nasales (polypes muqueux des), irrigation, 622 ; tamponnement, 214 ; traitement, 146.
Fractures du bras, 171 — de la clavicule, 116, 561. — du col du fémur, 63, 15, 523, 635, 657 ; consolidation vicieuse, 63 — de la jambe, 102, 172, 281 — de la cuisse, 9, 90, 115, 477 ; avec plaie, 33 — de l'humérus, 32 — du maxillaire, des membres, 200 — du radius, 172 — du ro-

cher, 219 — de la rotule (Appareil pour les), 400, 561.
Fraîcheur (la) dans les chambres de malades, 333.
Frémissement (du) de la voix dans la pleurésie et la pneumonie, 551.
Fucus crispus (cataplasmes de), 24.

G

Galvano caustique (du) dans l'ablation des tumeurs pédiculées de la peau, 45, 73 — (appareils employés dans la), 511 — applications de la), 454, 479 — dans la chirurgie oculaire, 524.
Ganglion synovial du poignet. Traitemen , 233.
Gangrène du pied gauche. Traitement, 144.
Gaz (aspiration des) contre l'obstruction intestinale, 250 — hydrogène ; accident, 334.
GÉLINEAU. Difficulté de la délivrance en rapport avec une rétroversion de l'utérus; excellents effets de l'attitude *à tergo*, 459. — Fièvre pernicieuse épileptique, 370. — Traitement des varices, 513.
Génitaux (affections des organes), 60, 88, 113, 148, 228, 253, 310, 451, 479, 536, 562.
Genou (arthrite suppurée du), 33 — (hydarthrose du), 341, 478 — plaie pénétrante, 393 — Psoriasis, 288 — tumeur blanche, 32, 116, 479.
Gerçures du sein, 408.
GILLETTE. Revue clinique, 6, 31, 60, 87, 113, 143, 171, 199, 227, 253, 281, 309, 337, 365, 393, 421, 449, 477, 505, 533, 561, 617. — Opération d'urgence, 413.
Glandes (engorgement des). Colchique, 268.
Glotte (anasarque compliquée d'œdème de la), 493, 493.
Glycéré anti-hémorrhoïdal, 606 — de chloral morphiné, 216.
GODEFROY. Accouchement prématuré, artificiel, 40, 69, 94, 121. — Dystocie du côté de la mère, due à la présence, dans le petit bassin, de deux kystes ovariens, 515, 540.
Goitre exophthalmique. Belladone, 21. — Traitement, 233.
Goudron. Erysipèle, 107, 354.
Goutte. Colchique, 289.
Granules (perfectionnement dans la fabrication des), 320.
Greffes dermiques et épidermiques, 324.
Grenouillette. Traitement, 7, 231.
Grossesse fausse, 653 (vomissements de la), 406.
Gypse (moulage de) dans les altérations de forme et de position de l'orifice et du col utérins, 156.

H

HAMON. Auscultation obstétricale; note, 182. — Compression de l'aorte dans les hémorrhagies après l'accouchement, 321. — Extraction (*Post-mortem*) du produit de la conception, 431. — Délivrance artificielle; Erreur possible du diagnostic digital, rectifiée par les données stéthoscopiques, 294. — Hémorrhagies (*post-partum*) traitées sans succès par les injections de perchlorure de fer, 461. — Moyen de pratiquer la version, 404. — Principaux agents de dilatation de l'orifice cervical de l'utérus, 149, 179. — Rétention d'urine en rapport avec la rétroversion de l'utérus gravide, 374. — Deux cas de fausse grossesse, 653.
Hanche. Luxation, 226 — résection, 339.
Hématocèle pelvienne. Traitement, 658.
Hématomyélie. Traitement, 94.
Hématurie. Chloride d'ammonium, 465.
Hémiplégies. Traitement, 178, 512, 537.
Hémorrhagie après l'accouchement; compression de l'aorte, 321 — artérielle; flexion prolongée, 353 — (*post-partum*) ; injections de perchlorure de fer, 461 — (dépression vitale en rapport avec une), 656 — par rupture d'une des racines du clitoris, 462 — utérine grave, 229.
Hémorrhoïdes, 619.
Hémostase par la forcipressure, 453.
HENRIOT. Injection purulente et septicémie, 15.
HÉRINCQ. Le silphium cyrénaïcum, 652.
Hernie étranglée. Réduction, 82, 92, 548, 603 — (le taxis dans la), 270 ; — Traitement, 337 — injections d'huile, 659.
Herpès. Traitement, 314.
Herpétisme, 626.
HIRTZ. Luxation du pouce, 369.
Hôtel-Dieu de Paris, 195.
Huile (injections d') contre la hernie étranglée, 659.
Humérus (fracture de l'). Traitement, 32 — (résection de l'), 171.
HUSEMANN. Empoisonnement par la morphine, 424.
Hydarthrose. *V.* Hydropisie — du genou, traitement, 341, 478.
Hydatides des poumons en Australie, 551.
Hydrate de chloral en lavement contre le vomissement des femmes enceintes, 248 — contre les menaces d'avortement, 439 — dans la rétention d'urine, 465 — dans l'incontinence d'urine, 580 — rhumatisme cérébral, 416
Hydrocèle. Traitement, 8, 36, 88, 148 — causée par un testicule non descendu, 273 — vaginale, 310.
Hydropisies. Colchique, 316 — Traitement, 524.
Hydrothorax. Colchique, 316.
Hygiène du fumeur, 391.
Hygroma. Traitement, 261.
Hypertrophie de la prostate. Traitement, 257.
Hypochondrie. Colchique, 219.
Hypospadias périnéo-scrotal. Traitement, 253, 536.
Hypoxémie aphrosique, 359.
Hystérie. Colchique, 319 — Compression ovarienne et épigastrique, 131.

I

Ichthyose. Colchique, 319.
Ictère. Colchique, 319.
Imperforation de l'anus. Traitement, 450.
Impressions de la mère sur le fœtus, 557.
Incinération des morts, 334, 587.
Incontinence d'urine. Hydrate de chloral, 580 — Traitement, 108, 437.
Indigents (traitement des) à domicile, 57.
Induration du périnée. Traitement, 61.
Infirmeries de chemin de fer, 556.
Inhalation d'acide phénique dans le traitement de la toux férine, 580 — de chloroforme, 409.
Injections d'acide carbolique, 412 — d'acide phénique, 187 — antiputride contre le cystite, 216 — de chloral, dans le choléra, 604 — d'ergotine contre la maladie de Basedow, 50 — iodées spina-bifida, 188, 246, 580 — d'iodure de potassium dans les cas d'adénite syphilitique, 577 — intra-péritonéales, 634 — parenchymateuses de teinture d'iode, 133 — de perchlorure de fer contre l'hémorrhagie (*post-partum*), 461, 491; dans le traitement des tumeurs érectiles, 575; des varices, 513 — sous-cutanées d'eau pure, 552 — de sulfate d'atropine contre les contractures des muscles du bras, 638 — d'huile contre la hernie étranglée, 659.
Infection purulente. Traitement, 15.
Insectes (destruction des) des arbres, 612.
Insuffisance mitrale. Traitement, 94.
Intermittence ou la détente, 154.
Intestins (affections des), 92 — injections de quan-

tités énormes de liquide contre l'obstruction intestinale, 212.
Intoxication par le café, 353 — mercurielle, 119 — par piqûre d'abeille, 48.
Inversion (de l'). Réduction de la hernie, 548.
Iode (teinture d') contre les tumeurs de la matrice, 133 — contre les vomissements, 379 — pseudarthrose, 214.
Iodoforme contre les ulcères vénériens, 134 — (crayons d'), 135 — (poudre d') contre la fissure à l'anus et le vaginisme, 578.
Iodure de potassium (injections d') dans les cas d'adénite syphilitique, 577.
Iritis. Colchique, 319.
Irritant de la peau, 214.
Institut catholique, 585.
Inversion de l'utérus, 628.
Irrigation des fosses nasales, 622.

J

Jaborandi (le), 49.
Jambe. Amputation, 64, 145, 173—artificielle, 611 — de bois préhistorique, 558 — Fracture, 102, 172, 281.
Jurisprudence médicale anglaise, 276.

K

Kératite. Traitement, 35 — vasculaire, 63.
Kyste dermoïde, 36 — Hordeiforme du poignet, 369, 617 — hydatique du foie, 93, 189, 275, 368, 422, 601 — de l'ovaire, 110, 135, 369, 515, 540 — sébacé de la tête, 233, 563 — synovial du poignet, 233, 535, 564 — thyroïdien, 35.

L

Lait (du) de femme dans l'allaitement des enfants, 491.
Langue (affections de la), 146 — (cancer de la), 148 — (épithélioma de la), 231 — (psoriasis de la), 288.
Laparotomie (la) pour intussusception, 106.
Laryngotomie. Traitement, 507.
Larynx (tamponnement du) pour préparer à la résection du maxillaire supérieur, 379.
Lavements d'hydrate de chloral contre les menaces d'avortement, 439 — contre le vomissement des femmes enceintes, 248.
Lavement d'eau alcoolisée dans la constipation et dans la diarrhée, 569 — froid dans la fièvre typhoïde, 496
Lazarets, 25, 50, 216.
Lésion du nerf facial, 219.
Leucorrhée. Colchique, 319.
Lèvres (affections des), 36, 92 — Anthrax, 449 — Cancroïde, 618 — Epithélioma, 285.
Ligature élastique contre le paraphimosis, 248 — Ablation du sein, 299 — dans le traitement de la fistule et des abcès de l'anus, 581, 658.
Liquides (méthode pour introduire les) dans la vessie, 215.
Lithium (bromure de), 250.
LORY. Considérations sur l'action du rétroceps dans les accouchements, 573.
Lupus de la main, 662.
Luxation de l'épaule, 227, 283, 579 — de la hanche, 226 — du pénis, 351 — du pouce, 201 — de la rotule, 283 — scapulo-humérale, 199 — du testicule droit, 214.
Lymphadénome. Traitement, 286.

M

Mâchoires. Constriction permanente, 116.
Main (écrasement de). Traitement, 393 — introduite dans le côlon pour la réduction de la hernie étranglée, 603 — Eczéma, 264 — (lupus de la), 662.
Maison de retraite pour les vieillards, 221.
Mal de dents, calmé par le bicarbonate de soude, 495 — Remède, 158.
Mal de mer (chloral prophylactique du), 22.
Mal de Pott. Traitement, 394.
MALACHIO. Toux nerveuse liée à une antéversion de l'utérus, 518.
Maladie de Basedow. Injections d'ergotine, 50.
Maladie de Bright. Traitement, 93.
Maladies chirurgicales. Du rôle des ferments, 111.
Maladies de la peau, 235, 262 — des poules, 277 des reins, 23 — des yeux, 125 — du serum, 648.
Mamelle (adénoïde de la), 258 — (affections de la), 253, 367 — irritable; traitement, 259.
Mamelon (crevasses du), 408.
MARIUS-REY. Clinique chirurgicale, 64.
MARTIN-LAUZER. Du colchique et de ses propriétés, 205, 238 — Maladies dans lesquelles on emploie le colchique, 265, 289, 316, 344.
Masturbation (moyen contre la), 553.
Matrice (arsenic dans la) pour provoquer l'avortement, 352 — (tumeur de la); injections de teinture d'iode, 133.
Maxillaire (fracture du), 200 — Tamponnement du larynx pour préparer à la résection du), 379.
Médecine en France, en Angleterre, en Chine et en Amérique, 446.
Médius. Amputation, 145.
Membres (fracture des). Traitement, 200.
Mères (les) des tribus sauvages, 557.
Méthode (la) d'Esmarch, employée pour l'excision d'une tumeur scrotale, 108.
Métrite puerpérale, 380.
Métrorrhagie. Traitement, 120.
Migraine (pilules contre la), 109, 581.
Mollet (ulcère du). Traitement, 423.
Monobromure de camphre, 22.
Monstre péracéphalien, 192.
Monstruosité (cas de), 466.
Morphine (emploi excessif de la), 211 — Empoisonnement, 424.
Morsures de serpents de l'Australie, 334.
Mortalité causée par les anesthésies, 438.
Moulage de gypse dans les altérations de forme et de position de l'orifice et du col utérins, 156.
Myosite. Traitement, 511.

N

NAVASQUES. Lettre sur le rétroceps, 100.
NELSON-PAUTIER. Appareil pour les fractures transversales de la rotule, 400.
Nerf facial (lésion du), 219 — radial (paralysie du), 395.
Névralgies. Colchique, 319 — du testicule, 296.
Névroses. Traitées par le phosphore, 189, 524.
Nez (affections du), 118, 146 — (fragments d'obus dans le), 411.
Nitrate d'argent. Moyen de rendre plus active la cautérisation, 248 — (procédé pour faire disparaître les taches produite par le), 502.
Nourrice (du changement de), 104 — crevasses du mamelon, 408.
Nouveau-nés (blennorrhée des). Traitement, 133 (ophthalmie des), 6,300.

O

Oblitération des oreilles par du plâtre à mouler, 539.
Obstructions intestinales. Aspiration des gaz, 250 — injection énormes de liquide, 212.
Odontalgie. Colchique, 319.
Œil (affection de l'), 34.

Œnothera biennis dans la diarrhée, 108.
Œsophage du cou (affections de l'), 231 — (corps étranger à la partie supérieure de l'), 494 — (rétrécissement fibreux de l'), 232, 285 — (os de tarse de porc introduit dans l'); procédé du poireau, 657.
Ongle incarné. Traitement, 234.
Opération césarienne. Rétrécissement du bassin, 633 — d'urgence (traités des), 413.
Ophthalmie blennorrhoïque des nouveau-nés, 300 — Colchique, 319 — (thérapeutique de l'), 79 — Traitement, 6.
Opium. Diabète sucré, 635.
Orchite. Arnica, 495.
Oreilles (affections des), 146, 533 — oblitérées par du plâtre à mouler, 533 — (polype de l'), 147.
Orifice laryngé obstrué par les bols alimentaires, 602 — utérin; dilatation, 149 — Moulage de gypse, 156.
Orteils (affections des), 234.
Os (affections des), 9, 31, 63, 90, 115, 171, 199, 226, 259, 281, 339, 365, 393, 477, 561 — (carie des), 64 — de tarse de porc, dans l'œsophage; procédé du poireau, 657.
Ostéite suppurée. Traitement, 9.
Otite. Traitement, 148, 533.
Ouate (tampon de) dans le vagin pour diverses affections utérines, 579.
Ovaires (ablation des deux), 48 — (kyste de l'), 135 — (succussion d'un kyste de l'), 110.
Oxyde de zinc contre la diarrhée, 107, 215.

P

Palpitations. Manière de les arrêter, 604.
Pansement à la terre sèche, 466 — des brûlures, 108 — ouaté, 117, 526 — des plaies, 87.
Paracentèse du péricarde, 582, 608.
Paralysie faciale de cause périphérique, 412 — hystérique, 118 — traumatique du nerf radial, 395.
Paraphimosis. Ligature élastique, 248.
Paupière (pustule maligne de la), 63.
Peau. Colchique, 320 — (irritant de la), 214 — (maladies de la), 235, 262 — (tumeurs pédiculées de la). Ablation, 45, 73.
Perchlorure de fer (injection de) contre l'hémorrhagie (*post-partum*), 461, 495; contre les tumeurs érectiles, 576 — contre les varices, 513.
Perforation de la voûte palatine. Traitement, 231, 285, 620.
Péri-arthrite scapulo-humérale. Traitement, 260.
Pelvi-péritonite (accidents occasionnés par les bains dans la), 188.
Pénis (luxation du), 351.
Péricarde. Ponction, 350 — Traitement, 271 — (paracentèse du), 582, 608.
Périnée (déchirure du), 228 — (induration du), 61, 451 — (douche percutante sur le) contre la chute du rectum, 438.
Périostite du tibia. Traitement, 281.
Peste. Colchique, 320.
Phénomène dentaire, 445.
Phimosis. Traitement, 257 — diabétique, 401.
Phlegmasies. Colchique, 320.
Phlegmon de la fosse iliaque. Traitement, 149.
Phosphore. Névroses, 189.
Phthisie. Mémoire, 637 — Traitement, 67.
Physiologie (un chapitre de) de l'étudiant germain, 559.
Pied (gangrène du). Traitement, 444 — (sueur des), 213 — valgus accidentel, 340.
Pilules (perfectionnement dans la fabrication des), 320.
Piqûres d'abeille, 48 — d'insectes, 557.
Pityriasis. Colchique, 320 — pommade, 215 — capitis. Traitement, 80.
Placenta (abcès du), 412 — (dégénération et friabilité du), 524.
Plaies d'amputation, 144 — articulaires, 227 — du genou, 393 — des tendons, 175 — pénétrante du cou, 232 — du scrotum, 479 — Traitement, 33, 423, 453 — (fracture de la jambe avec), 281 — (pansement des), 87.
Plaques muqueuses. Traitement, 566.
Pleurésie. Traitement, 66 — (du frémissement de la voix dans la), 551.
Pleuropneumonie. Colchique, 320.
Pneumoconiose, 358.
Pneumonie. Eau froide, 353 — Traitement, 66, 648 — hypostatique, 512 — des vieillards, 93 — (du frémissement de la voix dans la), 551.
Pneumo-thorax. Traitement, 120.
Poignet (ganglion du), 233, 369, 535, 564.
Poireau. Os de tarse de porc introduit dans l'œsophage, 657.
Poisons musculaires, 538.
Podophylline (ulcération de la cornée produite par la vapeur de la racine de), 635.
Polydactylie. Traitement, 597.
Polypes fibreux de l'utérus. Traitement, 90, 229, 413 — muqueuse des fosses nasales, 146 — naso-pharyngien, 118 — de l'oreille, 147 — du rectum, 269 — de l'urèthre, 230.
Pompe stomacale (la) dans les affections gastriques, 396.
Ponction aspiratrice. Epanchement pleurétique, 186 — kystes hydatiques du foie, 189, 601.
Ponction capillaire de la vessie, dans la cystite blennorrhagique et la rétention d'urine, 184 — du péricarde, 350 — du tympan, 534.
Postes médicaux, 556.
Potasse (silicate de). Erysipèle, 605.
Potion expectorante, 606.
Pouce (luxation du). Traitement, 201, 369 — (psoriasis du), 288.
Poules (maladie des), 277.
Poumon (anasarque compliquée d'œdème du), 493 — (hydatides des) en Australie, 551.
Prolapsus du cordon, 328.
Propreté orientale, 640.
Prostate (hypertrophie de la). Traitement, 257.
Protoxyde d'azote (recherches sur le), 470.
Prurigo. Colchique, 320.
Prurit. Pommade, 606.
Pseudarthrose. Traitement, 102, 173, 478 — Teinture d'iode, 214.
Psoriasis, 263 — des bras, des genoux, de la langue, du pouce, 288 — Traitement, 343.
Punaises (destruction des), 418.
Pus (vibrions dans le), 159, 162, 190.
Pustule maligne de la paupière, 63.
Pyélo-néphrite. Traitement, 120.
Pytiriasis lutea. Traitement, 566.

Q

Quinine (sulfate de), 215.

R

Rachis (déviations du). Traitement, 478.
Rachitis. Colchique, 349.
Radius (fracture du). Traitement, 172.
Rage (la), 333.
Rectum (chute du), 506; douche percutante, 438 — (polypes du), 269 — (rétrécissement du), 338 — (soixante-dix escargots dans le), 558.
Réduction de la hernie par la méthode de l'inversion, 548 — par un ancien procédé, 82.
Régime lacté, 299.

Regnault (G). Oblitération des deux oreilles par du plâtre à mouler, 539 — tænia et viande crue, 429. — Traitement des affections couenneuses par l'acide lactique, 567 — de quelques accidents consécutifs à la thoracentèse, en particulier de l'épanchement séro-albumineux intra-bronchique et intra-pleural, 589.
Résection de la hanche. Traitement, 339 — de l'humérus, 171 — du maxillaire supérieur, 365, 379.
Respiration artificielle dans l'apoplexie, 492.
Ressuscité (un), 277.
Rétention des matières fécales, 639 — d'urine, 563 — Hydrate de chloral, 465 — Ponction capillaire de la vessie, 184 — en rapport avec la rétroversion de l'utérus gravide, 374.
Rétrécissement fibreux de l'œsophage. Traitement, 232, 285 — du bassin; opération césarienne, 633 — du rectum, 338 — de l'urèthre, 89, 114, 310.
Rétroceps (considérations sur l'action du) dans les accouchements, 573 — (lettre sur le), 100.
Rétroversion de l'utérus gravide dans la rétention d'urine, 374, 459.
Revaccination après un temps fort court, 300.
Rhubarbe (calculs d'acide oxalique produits par l'usage de la), 466.
Rhumatisme. Colchique, 344 — cérébral. Hydrate de chloral, 416 — Traitement, 66, 119.
Rioche. Dépression vitale en rapport avec une hémorrhagie *post-partum*, 656.
Rocher (fracture du), 219.
Rotule (luxation de la). Traitement, 283 — (fractures transversales de la), 400, 561.
Roussel. Choléra-morbus, 18.

S

Sages-femmes, 85 — russes, 501.
Sang. Sa coagulation à son issue de l'organisme, 554 — contribution clinique, 633 — (les buveurs de), 362 — (transfusion du), 132.
Sangsue-monstre, 597.
Scapulalgie. Traitement, 145.
Scarlatine. Colchique, 349 — transmise par la poste, 411 — Traitement, 634, 645.
Schliep. Affections gastriques. Pompe stomacale, 396.
Sciatique. Colchique, 349 — Electricité, 410 ; Traitement, 248.
Sclérotite. Colchique, 349.
Scorbut (le), 331, 358.
Scrofules. Colchique, 349.
Scrotum (éléphantiasis du). Traitement, 62 — (plaie du), 479.
Secours publics, 584.
Section linéaire. Fistule à l'anus, 433 — tendineuse, 535.
Seigle ergoté (conservation du), 298 — (ergot de), 512.
Sein (ablation du) par la ligature élastique, 299 — (amputation du), 367 — (eczéma du), 565 — (engorgements laiteux précurseurs des abcès du), 156 — (gerçures du), 408 — (sinapisme sur le) dans l'aménorrhée, 108.
Sels de potasse, 539.
Séneçon (le), nouveau fébrifuge, 80.
Septicémie. Traitement, 15.
Sérum (maladies du), 648.
Siége (présentation de), 329.
Silicate de potasse dans l'érysipèle, 605.
Sylphium, 632, 652.
Simon. Traitement de la constipation et de la diarrhée par les petits lavements d'eau alcoolisée, 569.
Sinapisme sur le sein dans l'aménorrhée, 108.
Société de Médecine légale de France, 137.
Sociétés de secours mutuels, 500.
Société de statistique de Londres, 444.
Société française de tempérance (prix proposé par la), 165.
Sondes (des) — à dard, 130 — à demeure, 570.
Soude (Bicarbonate de). Mal de dents, 495.
Soufre (action thérapeutique du), 354.
Spina bifida. Injections, 188, 246, 580 — Traitement, 8.
Spire. Le biberon, 20.
Spiroscope, 273.
Statistique de Londres, 473.
Stérilité (la syphilis comme cause de), 197.
Strychnine (empoisonnement par la), traité par l'atropine, 135.
Succédanés du lait de femme dans l'allaitement des enfants, 491.
Succussion hippocratique entendue dans un kyste de l'ovaire, 110.
Sueur des pieds, 213 — des phthisiques, 93.
Sulfate d'atropine. Injection contre la contracture des muscles du bras, 638.
Sulfure de carbone contre les ulcérations chroniques, 135.
Sulfate de quinine, 215.
Syndactylie congénitale. Traitement, 506.
Syphilis (la) acniforme, 566 — colchique, 349 — traitement sans mercure, 463 — comme cause de stérilité, 197.
Système nerveux (affections du), 395, 421.

T

Tabac (un mot sur le), 642.
Taches cicatricielles de la cornée. Traitement, 35
Talon (contusion du). Traitement, 366.
Tamponnement des fosses nasales, 214 — du larynx pour préparer à la résection du maxillaire supérieur, 379.
Tannin (du) dans le coryza, 135.
Tavignot. Maladies des yeux, nées de la carie des dents, 125. — Opération de la cataracte par le procédé sous-capsulaire, 544.
Taxis (le) dans les hernies étranglées, 270.
Téguments (affections des), 117.
Teinture d'iode, contre le masque des femmes enceintes, 189 — contre la pseudarthrose, 214.
Tendons (plaies des). Traitement, 175.
Tendons et de leurs gaînes (affections des), 535.
Térabdelle (de la), 597.
Terre séche (pansements à la), 466.
Testicule (hydrocèle causée par un), 273 — (luxation du), 214 — (névralgie du), 296 — (tumeur du), traitement, 60 — tuberculeux, 230.
Tétanos. Colchique, 350 — traumatique, Traitement, 421.
Tête (kyste sébacé de la) Traitement, 563.
Thoracentèse (opération de la), 377 — mort subite par la), 552 — accidents consécutifs à la), 589.
Tibia (abcès du), 282 — (périostite du), 281.
Tænia. Colchique, 350 — Viande crue, 429.
Torsion des artères, 607.
Tortues (un parc à), 612.
Toux férine, Inhalation d'acide phénique, 580 — liée à une antéversion de l'utérus, 518.
Trachéotomie. Traitement, 137, 176, 367, 648.
Trajets fistuleux. Traitement, 88.
Transfusion du sang. Contribution clinique, 633 — Nouveau procédé, 132.
Trompe d'Eustache (cathétérisme de la), 533.
Tube digestif (affections du), 337 — (corps étrangers du), 505.

Tumeur blanche du genou. Traitement, 32, 116, 479.
Tumeur calcaire faisant obstacle au travail de l'accouchement, 466.
Tumeur du cou, 233 — érectile, 507. Injections de perchlorure de fer, 576 — lacrymale, 147 — de la matrice; teinture d'iode, 133 — pédiculée de la peau ; ablation, 45, 73 — scrotale ; méthode d'Esmach, 108 — du testicule, 60 — uréthro-vaginale. 64.
Tympan (destruction de la membrane du), 534 — (paracentèse du), 410 — (ponction du), 534.

U

Ulcération chronique; sulfure de carbone, 135 — du col de l'utérus ; chloral, 553 — de la cornée, 635 — rebelles ; traitement, 176.
Ulcères atoniques, 148 — indolents ; lotion, 109 — lymphatiques et variqueux ; acide carbolique, 23 — du mollet, 423 — simple, 120 — variqueux, 148 — vénériens ; iodoformes, 134.
Uncipressure, 105.
Université, 416, 556.
Uréthre (déchirure de l'), 90 — (polypes de l'), 230 — (rétrécissement de l'), 89, 114, 310.
Uréthrite. Traitement, 106.
Urine (incontinence d'), 108, 437; Hydrate de chloral, 580 — (rétention d'); ponction capillaire de la vessie, 184. Hydrate de chloral, 465. Traitement, 563 ; en rapport avec la rétroversion de l'utérus gravide, 374 — (de l') et de ses altérations, 497.
URSULESCO. Métrite puerpérale, 381.
Urticaire. Traitement, 565.
Utérus. Ablation, 48 — (chute de l'), 218 — déplacement de l'), 276 — (évacuation d'un), 214, 300 — Inversion, 628 — Polype, 90, 413 (principaux agents de dilatation de l'orifice de l'), 149 — Rétroversion, 374, 459 — (toux nerveuse liée à une antéversion de l'), 518 — Ulcération du col, 553.

V

Vaccine en Chine, 276 — (étude sur la), 245 — rapport, 159.
Vagin double faisant obstacle à l'accouchement, 155 — (tampon de ouate dans le), pour diverses affections utérines, 579.
Vaginisme. Poudre d'iodoforme, 578.
Vaisseaux (affections des), 92, 174, 620.
Valgus. Traitement, 32.
Vapeur (de la) dans les incendies, 277.
Varices (traitement des) par le perchlorure de fer 513, 605.
Variole (étude sur la), 245.
Végétation de la vulve. Traitement, 113
Vératrine. 539.
Vernis durable et incombustible, 418.
Vers intestinaux. Colchique, 350.
Version (moyen de pratiquer la) dans les positions dorso-postérieures de l'enfant, 404.
Vertèbres (réduction des), 49 — cervicale et dorsale déplacées sans fracture, 549.
Vertige, 581.
Vésicatoires. Moyen d'en limiter l'action — 411 — Cantharides. Empoisonnement, 550.
Vessie (exstrophie de la). Traitement, 149 — (ponction capillaire de la) dans la cystite blennorrhagique et la rétention d'urine, 184 — (méthode pour introduire les liquides dans la), 215.
Vêtements (procédé pour enlever les taches sur les), 278.
Viande crue (administration de la), 215 — Tænia, 429.
Vibrions (les) dans le pus, 159, 162, 190.
Vieillards (maison de retraite pour les), 221 — (pneumonie des), 93.
Vin de figues, 417.
Voies digestives (affections des), 505.
Voix (du frémissement de la) dans la pleurésie et la pneumonie, 551.
Vomissements. Iode, 379 — incœrcible de la grossesse, 406 — lavement d'hydrate de chloral, 248.
Voûte palatine (perforation de la), traitement, 231, 285, 620.
Vulve (végétation de la). Traitement, 113,

Y

Yeux (affections des), 6, 62, 118, 309 — (chaux dans les) ; eau sucrée, 159 — et jambes artificielles, 611 — (maladies des), 125.

Z

Zénith. Catastrophe du, 278.
Zinc (oxyde de). Diarrhée, 107, 215.
Zona. Collodion, 660 — Traitement, 344.

FIN DE LA TABLE.

HIC
810+